

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

(Direktion: Prof. Dr. med. Meinrad Schär)

ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE ET DES SOINS PSYCHIATRIQUES
DANS LE CANTON DU TESSIN, AVEC ATTENTION PARTICULIÈRE AU SECTEUR
PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES ALPINES

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät

der Universität Zürich

vorgelegt von

TAZIO CARLEVARO

von Bellinzona (Kanton Tessin)

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. Meinrad Schär

ZÜRICH 1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

(Direktion: Prof. Dr. med. Meinrad Schär)

ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE ET DES SOINS PSYCHIATRIQUES
DANS LE CANTON DU TESSIN, AVEC ATTENTION PARTICULIÈRE AU SECTEUR
PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES ALPINES

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät

der Universität Zürich

vorgelegt von

TAZIO CARLEVARO

von Bellinzona (Kanton Tessin)

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. Meinrad Schär

ZÜRICH 1980



INTRODUCTION

Le Canton du Tessin est relativement grand (260.000 habitants), et assez diversifié sur le plan géographique et socio-économique. Sur le plan culturel, il est assez isolé du reste de la Suisse. Toutefois l'on y remarque les mêmes tendances évolutives: les villes deviennent toujours plus grandes, et deviennent de plus en plus les centres d'une intense activité tertiaire (qui est représentée au Tessin spécialement par les banques et par le tourisme). Les vallées sont de plus en plus dépeuplées et appauvries de leur signification économique (activité primaire) (1).

Au Tessin les rivalités régionales sont très vives. Elles se manifestent aujourd'hui même au niveau de la planification des hôpitaux, problème qui d'ailleurs n'est pas sans mettre en cause d'importants intérêts économiques et financiers, au point qu'une authentique planification semble devenir de plus en plus aléatoire.

Il n'y a qu'un domaine de l'activité médicale qui soit pour l'instant en dehors des conflits régionaux, et qui pourrait donc être planifié d'une façon efficace, étant donné que les intérêts économiques qui gravitent autour de ce domaine ne sont que limités: il s'agit de la psychiatrie.

Dans cette étude on essaiera de présenter la situation des soins psychiatriques proposés à la population soit par la main publique, c'est à dire par l'Etat, soit par les médecins privés (spécialistes FMH ou non), soit par les psychologues psychothérapeutes, ou par des institutions qui d'ailleurs ne s'occupent que marginalement de psychiatrie. Sur la base d'une telle analyse l'on pourra tirer des conclusions utiles à une programmation efficace, qui prévoit une intégration harmonieuse de l'intervention de l'Etat avec l'activité privée.

Vu l'ampleur du problème, il est toutefois bien clair que cette étude ne pourra donner que des réponses partielles dans bien des cas: en effet une étude approfondie de cette envergure dépasse les possibilités d'une seule personne. Cette recherche a donc été centrée sur la situation des soins psychiatriques accessibles à la population du district de Bellinzona et des vallées préalpines de Riviera, Blenio et Leventina. Le district grison de la Moesa y a été inclus, étant

donné que sa population gravite autour de ce qui existe à Bellinzone, au moins en ce qui concerne la psychiatrie. Il s'agit d'une population assez diversifiée du point de vue démographique et sociologique, qui atteint les 70.000 âmes, et qui jusqu'à maintenant n'a été qu'effleuré par la psychiatrie et la psychothérapie.

II

LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES

1. ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES ET GÉOGRAPHIQUES

Le Canton du Tessin, qui en 1977 comptait 96.217 foyers avec 270.971 habitants résidents, est divisé en huit districts administratifs et en trente-huit cercles de communes. Les communes elles-mêmes sont 247 (tabl. no. 1) (1).

Le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées comprend quatre districts (Bellinzone, Riviera, Blenio et Leventina): pour des raisons géographiques le district grison de Moesa (qui comprend les vallées Mesolcina et Calanca) dépend des soins psychiatriques que l'on peut trouver à Bellinzone. Le district de Moesa comprend trois cercles de communes: le cercle de Calanca, le cercle de Mesocco (dans la haute-Mesolcina) et le cercle de Roveredo (tout près du district de Bellinzone). Le district de Moesa comprend vingt communes, 2.204 foyers et 7.413 habitants résidents en 1977 (77).

Globalement, donc, le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées comprend quatre-vingt-trois communes, avec en total 72.482 résidents et 24.138 foyers: il y a donc 3,06 habitants en moyenne par foyer (valeur moyenne pour le Tessin: 2,81) (tableau no. 1) (1).

De la statistique du nombre d'habitants par commune (1970) on remarque que le seul district amplement urbanisé est celui de Bellinzone; le district de Riviera (dont le chef-lieu est Biasca) doit être considéré demi-urbain, tandis que les districts des vallées de Blenio, Leventina et Moesa doivent être considérés comme des districts montagnards (tabl. no. 2) (1).

Sur le plan géographique, Bellinzone est le point de départ des routes qui mènent au Gothard, au Lukmanier et au Saint-Bernardin: de Airolo ou de Olivone jusqu'à Bellinzone il faut compter avec une heure de voyage en train ou en voiture. D'autre part, Bellinzone se trouve à la limite méridionale du secteur psychiatrique, à quelques kilomètres seulement des secteurs psychiatriques de Locarno et de Lugano.

2. LA SITUATION DE LA MÉDECINE DANS LE SECTEUR DE BELLINZONE

Le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées, y compris le district grison de la Moesa, a 56 médecins à disposition, entre spécialistes et généralistes. Il n'y a aucun spécialiste FMH en psychiatrie: à Bellinzone, tout de même, sont actifs exclusivement

dans le domaine de la psychiatrie un médecin et un chef de clinique du Service psycho-social. Dans le reste du Canton, par contre, sur 274 médecins installés (desquels toutefois certains ne sont plus actifs) il y a 6 médecins psychiatres spécialistes FMH, un médecin psychiatre non spécialiste FMH et 4 psychiatres qui travaillent dans les services ambulatoires de l'Etat (tabl. no. 3) (85) (68).

En ce qui concerne les hôpitaux, dans le secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées il n'y a aucun lit réservé à la psychiatrie: le malade psychiatrique du secteur de Bellinzzone doit donc être hospitalisé en dehors du secteur lui-même, par exemple à l'hôpital neuro-psychiatrique cantonal de Mendrisio (ONC), à cinquante kilomètres de Bellinzzone, à la frontière méridionale du Canton avec l'Italie, ou bien à la Clinique psychiatrique privée de Viarnetto, à Pregassona, près de Lugano. La première institution a 700 lits, tandis que la deuxième en a 40.

Il faut ici reconnaître que l'hôpital général de Bellinzzone, l'hôpital de Acquarossa, et spécialement l'hôpital du district de Faïdo ne se refusent pas à accepter des patients psychiatriques, à condition bien entendu que le cas ne soit pas trop compliqué sur le plan psychiatrique, et que le patient ne représente pas un danger pour lui ou pour les autres.

Jusqu'à la fin de l'année 1978 il était possible d'aller aussi à la Clinique de Grono, dans le district de Moesa, qui a 80 lits à disposition. Mais un changement radical de gestion qui a eu lieu récemment a conduit à l'exclusion totale des patients psychiatriques.

Il faut ajouter que deux hôpitaux du district de Locarno ont accepté des patients psychiatriques en provenance du district de Bellinzzone: il s'agit de l'hôpital de San Donato à Intragna (Centovalli), et de la Clinique privée de Santa Croce, à Locarno-Orselina, qui a à disposition une section de psycho-somatique

Une maison de repos dans le district grison de Moesa, la Casa di cura Immacolata, à Roveredo, met à disposition de patients psychiatriques en provenance de l'Hôpital psychiatrique de Mendrisio des places (20-30 lits) pour des patients âgés, et qui n'ont plus besoin de soins psychiatriques intensifs, mais que l'on ne peut renvoyer à leurs domiciles pour des raisons sociales.

Pour ce qui concerne les habitants du district de Moesa, eux-aussi, pour des raisons linguistiques, préfèrent être hospitalisés au Tessin plutôt qu'à la clinique psychiatrique de Waldhaus, à Coire (320 lits), ou à la clinique psychiatrique de Beverin, à Cazis, près de Thusis (310 lits).

3. ENQUÊTE PARMI 100 MÉDECINS DU SECTEUR DE BELLINZONE

3.1. INTRODUCTION

Cette enquête a été menée parmi 100 médecins actifs dans le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées dans le but de connaître quelque chose de leur travail psychiatrique quotidien, d'en connaître les demandes et les observations concernant des innovations éventuelles dans ce que l'on peut offrir à la population, qui, en principe, ne semble pas pouvoir toujours avoir accès aux soins psychiatriques dont elle a besoin.

Un questionnaire assez détaillé a été envoyé à 100 médecins actifs dans le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées: il s'agissait de médecins installés, de médecins-chefs, de chefs de clinique et de médecins assistants. Ce questionnaire prévoyait des questions concernant les aspects psychiatriques de l'activité médicale, des questions concernant les besoins que le médecin en question percevait dans la demande psychiatrique, et des questions concernant ce qu'il faudrait faire pour améliorer la situation des soins psychiatriques dans le secteur.

3.2. ÉVALUATION DES RÉPONSES

47 médecins ont rempli le questionnaire qui leur avait été soumis (47,0%). L'intérêt pour cette enquête a donc été assez élevé dans tous les districts, et même d'une façon uniforme dans tous les districts du secteur, sauf dans le district de Riviera, qui a montré un intérêt plus bas.

Chaque semaine, chacun des 47 médecins interviewés voit en moyenne 18 patients qui sont avant tout des patients fonctionnels, et 26 patients qui sont aussi des fonctionnels. On peut généraliser ces données à l'ensemble des 100 médecins actifs dans le secteur psychiatrique de Bellinzone: ce qui signifierait que chaque semaine il y aurait un total de 1800 patients avant tout fonctionnels et 2630 patients qui ont aussi des problèmes fonctionnels qui demandent une consultation à leur médecin. Ceci montre bien à quel point tout médecin est étroitement confronté à des questions concernant la psychologie médicale.

La plus importante des affections psychiatriques vues par les médecins non psychiatres dans le secteur semble bien être la dépression et la nervosité. L'alcool y a aussi sa place, ainsi que les troubles psycho-somatiques et les douleurs mal définies. Plus rares sont les cas de psychose (hallucinations et délires) et de toxicomanie (tabl. no. 4).

Dans certains cas, les médecins interviewés voient favorablement une prise en charge psychiatrique: le 66,0% des médecins est de l'avis qu'une cure psychiatrique peut être utile, tandis que le 21,3% est sceptique. Le 12,7% n'a pas répondu à cette question.

En général, il semble bien que les médecins récemment sortis de l'université soient moins sceptiques que leurs aînés sur une possibilité de prise en charge psychiatrique et psycho-thérapeutique. Dans la même disposition d'esprit sont aussi les médecins qui travaillent dans les régions urbaines.

Il est très important de souligner que le 93,6% des médecins qui ont répondu à cette enquête étaient favorables à la possibilité d'une prise en charge ambulatoire ou clinique des patients psychiatriques dans le secteur psychiatrique lui-même, sans l'obliger à en sortir.

Des 47 médecin qui ont répondu à l'interview, il n'y a eu que le 17,0% qui était de l'avis que dans son secteur d'activité (ville, montagne, ou domaine de spécialisation) on ne remarque aucun besoin d'une prise en charge de nature psychiatrique ou psycho-sociale. Ce besoin a paru spécialement urgent aux médecins qui travaillent en ville et qui sont installés. De ceux qui étaient de l'avis que dans leur secteur d'activité respectif il y avait un besoin de prise en charge psychiatrique, le 80,9% faisait remarquer que les possibilités d'une prise en charge de cette nature, dans le secteur psychiatrique, lui paraissaient nettement insuffisantes: ceci semble être spécialement évident parmi les médecins qui résident en ville, parmi les médecins-chefs et parmi les spécialistes (tabl. no.5).

En ce qui concerne les moyens grâce auxquels l'on pourrait corriger ces manques, on remarque qu'en général tout le monde est d'accord qu'il faudrait que dans la région puissent s'installer quelques autres psychiatres. Ensuite, la majorité est favorable à la création de clubs de patients, ainsi qu' à la création d'ateliers protégés et de réhabilitation pour patients psychiatriques. Aussi très ressentie est la nécessité d'un hôpital de jour qui puisse éviter des hospitalisations finalement non nécessaires en milieu psychiatrique. La nécessité d'un hôpital de nuit, spécialement en milieu rural, est mal ressentie.

La possibilité de créer des lits psychiatriques en hôpital somatique est très discutée. Probablement les oppositions qui se manifestent ne touchent pas la possibilité elle-même, mais le fait que la structure organisationnelle d'un hôpital somatique n'est pas suffisante pour accueillir des patients psychiatriques. En d'autres termes: le patient psychiatrique n'a pas besoin seulement d'un lit, mais aussi d'un milieu thérapeutique, qui pour l'instant manque dans les hôpitaux somatiques (tabl. no. 6).

En principe, les besoins les plus pressants viennent des villes. Mais ceci n'est que statistiquement vrai: au fait, tout le secteur semble

plus ou moins insuffisamment doté d'instruments d'intervention psychiatrique et socio-thérapeutique. Probablement il serait faux de tout concentrer en ville, sans se rendre compte qu'une réalisation à la périphérie peut amener à des résultats aussi satisfaisants, et, en plus, diversifiés.

4. LE SERVICE PSYCHO-SOCIAL DE BELLINZONE ET DES VALLÉES

4.1. LA SECTION PSYCHO-SOCIALE

Le Service d'hygiène mental (SIM) a été fondé en 1949 comme institution d'appui pour ceux qui sortaient de l'Hôpital neuropsychiatrique cantonal de Mendrisio. Son premier directeur a été le Dr. Elio Gobbi, suivi plus tard par le Dr. Giuseppe Bosia. En 1969 le SIM a été séparé en deux services différents. D'une part, la Section médico-psychologique pour enfants et adolescents, et d'autre part, la Section psycho-sociale pour adultes. Cette dernière institution s'articule en trois services sectorialisés: le Service de Lugano et du Mendrisiotto, le Service de Locarno et le Service de Bellinzone et des vallées. La Section psycho-sociale pour adultes a comme but une activité médicale et sociale de type préventif, curatif et réhabilitatif. Au début on prévoyait un psychiatre avec du personnel adéquat (assistante sociale, spécialistes en réhabilitation) pour 60.000 habitants.

L'organigramme de la Section psycho-sociale pour 1978 était le suivant:

	<i>Bellinzone</i>	<i>Locarno</i>	<i>Lugano</i>	<i>Total</i>
<i>Médecins</i>	1	1½	3	5½
<i>Assistantes sociales</i>	1	1	2	4
<i>Psychologues</i>	1	1	2½	4½
<i>Secrétaires</i>	1	1	3	5
<i>Infirmière</i>	-	-	1	1
<i>Total</i>	4	4½	11½	20

Voici, en résumé, la relation d'activité de la Section psycho-sociale pour 1978:

Nombre des consultations:

	<i>Bellinzzone</i>	<i>Locarno</i>	<i>Lugano</i>	<i>Total</i>
<i>Médecins</i>	2.144	2.874	3.511	8.529
<i>Psychologues</i>	717	1.087	2.706	4.510
<i>Ass. sociales</i>	843	1.294	1.200	3.337
<i>Infirmière</i>	-	-	1.200	1.200
<i>Total</i>	3.074	5.255	9.492	18.451

Répartition des nouveaux cas selon leur origine:

	<i>Bellinzzone</i>	<i>Locarno</i>	<i>Lugano</i>	<i>Total</i>
<i>Tessinois</i>	236	289	338	863
<i>Confédérés</i>	36	74	104	214
<i>Etrangers</i>	44	98	211	353
<i>Total</i>	316	461	653	

Répartition des nouveaux cas selon leur domicile:

<i>District de Mendrisio:</i>	106	<i>District de V.Maggia:</i>	25
<i>District de Lugano:</i>	535	<i>District de Leventina:</i>	17
<i>District de Bellinzona:</i>	218	<i>District de Moesa (GR):</i>	25
<i>District de Riviera:</i>	43	<i>Domicile à l'étranger:</i>	16
<i>District de Blenio:</i>	16	<i>Domicile dans un autre</i>	
<i>District de Locarno:</i>	181	<i>Canton:</i>	9

4.2. LE SERVICE PSYCHO-SOCIAL DE BELLINZONE (SPSB)

4.2.1. Introduction

Pour déterminer les besoins en soins psychiatriques du secteur de Bellinzzone et des vallées, l'analyse de l'activité du Service psycho-social de Bellinzzone et des vallées (SPSB) est un point de passe obligatoire. Il s'agit en fait de la seule structure psychiatrique active sur le lieu même, à l'exception d'un psychiatre installé, et d'un psychologue-psychothérapeute à son compte.

L'examen du travail accompli par le SPSB permet une analyse épidémiologique de la population du secteur, ce qui facilite la mise en évidence des demandes, et ensuite l'élaboration d'un plan pour y répondre. Bien plus, cette analyse permet de mettre en évidence les manques actuels du SPSB, et les directions dans lesquelles il devrait pouvoir

diversifier son activité.

Dans ce travail statistique on n'a considéré que les patients qui se sont présentés au moins une fois au SPSB en 1978. Il aurait été surement positif d'élargir cette statistique aussi sur un plan diachronique. Malheureusement cela aurait provoqué un accroissement du nombre des variantes, au point qu'une élaboration des données sans ordinateur (comme celle qui a été accomplie ici) n'aurait plus pu être effectuée. D'autre part, il est douteux que l'analyse diachronique de l'activité du SPSB puisse apporter des résultats spécialement intéressants. En effet, le SPSB était réservé exclusivement à des patients de l'hôpital neuro-psychiatrique jusqu'à l'été 1977. Ce n'est qu'à ce moment-là que le service a été ouvert à tous ceux qui le demandaient. Cette ouverture générale au public a été interrompue en avril 1979, lorsque le service a dû être de nouveau réservé à des ex-patients de l'hôpital neuro-psychiatrique, vu que les nouveaux cas parvenus au SPSB le paralysaient de plus en plus, empêchant donc une prise en charge adéquate des cas réellement psycho-sociaux, pour lesquels le SPSB avait été d'ailleurs expressément créé.

4.2.2. Organigramme du SPSB et augmentation du travail 1976-1979

Depuis 1976 le SPSB se compose d'un médecin chef de clinique, d'un psychologue-psychothérapeute, d'une assistante sociale et d'une secrétaire. Cet effectif entre 1976 et 1979 a dû affronter un accroissement remarquable du travail, sans que pour autant ses effectifs soient augmentés parallèlement (68).

Nombre des nouveaux cas et des anciens cas du SPSB qui ont consulté en 1976, 1977, 1978 et 1979:

	1976	1977	1978	1979
<i>Nouveaux cas</i>	110	188	316	214
<i>Anciens cas</i>	265	193	229	271
<i>Nombre total des cas</i>	375	381	545	485

Répartition des consultations selon les trois opérateurs du SPSB, en 1977, 1978 et 1979:

	1977	1978	1979
<i>Médecin</i>	1681	2144	2338
<i>Psychologue</i>	1054	717	592
<i>Assistante sociale</i>	302	843	232
<i>Nombre total des consultations</i>	3037	3704	3162

Nombre moyen de consultations par client du SPSB, en 1977, 1978 et 1979:

1977	1978	1979
7,9	6,7	6,5

4.2.3. Principaux paramètres de cette élaboration statistique

Les principaux paramètres considérés dans cette étude ont été les suivants: tout d'abord, si la personne qui avait consulté le SPSB était un nouveau cas (NC) ou un ancien cas (AC), si c'était un homme ou une femme, de quel district du secteur il provenait (Bellinzzone, Riviera, Blenio, Leventina, Moesa, ou hors-secteur), quelle était sa classe d'âge (par décennies), quel était son état civil (marié, célibataire, divorcé ou séparé, veuf), quelle était son origine (tessinois, suisse d'autre canton, étranger), quelle était sa profession, qui l'a vu au SPSB (médecin, psychologue, assistante sociale, ou plus d'un seul membre de l'équipe), qui l'a signalé (auto-signalation, hétéro-signalation), si en 1978 il a été hospitalisé (et en cas affirmatif, s'il a été hospitalisé en hôpital neuro-psychiatrique ou bien ailleurs).

Pour ce travail on a considéré 1013 dossiers, desquels toutefois seulement 516 ont été évalués dans la statistique (il s'agit des cas qui se sont présentés en 1978).

On peut facilement vérifier que les données présentées ici se différencient un peu de celles qui ont paru dans les comptes-rendus du gouvernement tessinois pour 1978. Ceci dépend d'une certaine différence dans la définition des paramètres.

a) Dans ce travail on a considéré comme nouveaux cas tous ceux qui se sont présentés en 1978, mais non en 1977. Il se peut donc que quelques-uns de ces nouveaux cas en fait avaient été déjà vus en 1975 ou en 1976. En plus on a considéré comme nouveaux tous ces cas qui s'étaient présentés en 1977, et plus tard encore en 1978, mais pour des raisons totalement différentes (p.ex. en 1977 pour une expertise d'interruption de grossesse, et en 1978 pour une névrose phobico-obsessionnelle).

b) Il y a une autre source de différence entre les données de cette étude et celles que l'on présente dans les comptes-rendus du gouvernement tessinois pour 1978: c'est le fait que dans les comptes-rendus les d'ailleurs rares cas de personnes domiciliées p.ex. dans le secteur de Lugano, mais qui sont suivies par le Service psycho-social de Bellinzzone, sont comptés parmi les cas du service de Lugano. Ici par contre on les a attribués au SPSB.

4.2.4. Données comparatives

Dans cette étude on a décidé de comparer les données du secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées avec les données d'un service psy-

chirurgie existant hors du Tessin: il s'agit du Centre psychosocial neuchâtelois (section de Neuchâtel) (14). Le Centre psychosocial neuchâtelois (CPSN) a été créé en 1969 pour répondre aux besoins psychiatriques et psycho-thérapeutiques de la population des différents districts du Canton de Neuchâtel. Il est organisé en deux centres, dont le premier a son siège à La Chaux-de-Fonds, et l'autre à Neuchâtel (CPSN-Ne).

Le CPSN-Ne dispose d'un médecin-chef (qui est en même temps directeur-adjoint du CPSN), d'un chef de clinique à mi-temps, de deux médecins assistants, d'une psychothérapeute, d'une assistante sociale et de deux secrétaires. Le secteur psychiatrique de Neuchâtel comprend 91.512 personnes qui habitent en partie dans une région urbanisée (district de Neuchâtel), en partie dans des régions plus ou moins rurales (districts de Boudry et du Val-de-Ruz).

Entre le secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées et celui de Neuchâtel il y a bien entendu aussi des différences assez importantes. Le secteur de Bellinzzone, bien qu'il ait moins d'habitants que celui de Neuchâtel, est beaucoup plus étendu sur le plan géographique, et est probablement aussi plus rural.

Deuxièmement, le secteur psychiatrique de Neuchâtel a deux hôpitaux psychiatrique à disposition (à Perreux et à Préfargier) qui sont à même de suivre ambulatoirement des cas psychiatriques particulièrement difficiles. En plus, à Neuchâtel il y a toujours eu des psychothérapeutes privés avec leur clientèle.

Ceci dit, il faut reconnaître que les principaux besoins psychiatriques et psychothérapeutiques de la population du secteur psychiatrique de Neuchâtel sont satisfaits, sans qu'il y ait une quelconque hypertrophie des structures psychiatriques préposées à leur satisfaction.

4.3. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA STRUCTURE DE LA CLIENTÈLE DU SPSB EN 1978

4.3.1. Cas provenant du secteur et cas provenant hors du secteur (tabl. no. 7 et 8)

En 1978, 516 personnes ont consulté le SPSB. On remarque une légère majorité de femmes (52,72%), spécialement comme nouveaux cas (NC). Les femmes, par contre, ne représentent qu'une minorité (30,52%) par rapport aux hommes parmi les anciens cas (AC), parmi lesquels elles ne représentent que le 16,47% de l'ensemble de la clientèle du SPSB en 1978.

La surreprésentation des femmes parmi les NC est telle qu'elle détermine une surreprésentation globale des femmes parmi l'ensemble des cas qui se sont présentés au SPSB en 1978.

Le 6% des clients du SPSB en 1978 provenait de hors-secteur (il s'agissait de 30 personnes). Une bonne moitié de ces cas provenait du secteur psychiatrique de Locarno. Il s'agissait en particulier de femmes et de NC.

4.3.2. Evaluation épidémiologique

L'évaluation épidémiologique des données du SPSB à disposition a été faite grâce à deux paramètres.

Le taux de représentativité (ou de présentation) en o/oo: il s'agit du nombre de personnes d'une certaine catégorie bien définie (p.ex. l'ensemble des hommes, ou des femmes, ou des habitants d'un district, ou des personnes appartenant à une certaine décennie, etc.) qui consulte une certaine institution (p.ex. le SPSB) pendant un certain laps de temps (p.ex. 1978) rapporté à 1000 personnes de cette même catégorie. Ce paramètre nous permet de comparer les différences de morbidité psychiatrique des différentes catégories d'habitants d'un certain secteur pris en considération, ainsi que de reconstituer le nombre absolu de personnes qui ont consulté le SPSB en 1978 et qui appartiennent à cette même catégorie, lorsque l'on connaît le nombre absolu d'appartenants à cette catégorie dans le secteur, et dans l'année prise en considération.

L'index de représentativité: Il s'agit du rapport entre le taux en o/o ou en o/oo d'une catégorie bien déterminée par rapport à un groupe de population en provenance du secteur psychiatrique (p.ex. le taux en o/oo des patients du SPSB en 1978 qui ont entre 20 et 30 ans par rapport à l'ensemble des patients du SPSB pour la même année, et qui proviennent du secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées) et le taux en o/o ou en o/oo de cette même catégorie par rapport à l'ensemble de la population du secteur psychiatrique de Bellinzzone pendant la même période de temps (p.ex. le taux en o/oo de tous les habitants du Secteur ayant entre 20 et 30 ans, par rapport à l'ensemble de la population du Secteur en 1978). Si ce rapport dépasse 1, on parle d'une sur-représentation proportionnelle de cette catégorie parmi les clients du SPSB par rapport à son taux dans l'ensemble de la population pour la période déterminée; si ce taux est égal à 1, on parle d'une représentation équilibrée, tandis que si ce taux est inférieur à 1, on parle d'une sous-représentation.

Si l'on compare ces valeurs avec celles du secteur psychiatrique de Neuchâtel (tabl. no. 9 et 10) (14), on se rend compte que la tendance à la consultation au Tessin est assez intense, du moins en ce qui concerne les nouveaux cas. En ce qui concerne les anciens cas,

elle est inférieure à Neuchâtel (sauf à Locarno). Ceci pourrait dépendre du fait que le CPSN-Ne fonctionne depuis dix ans, ce qui conduit à une accumulation de cas à suivre pour de longues périodes de temps.

4.3.3. Cas du SPSB en relation avec leur district de résidence

Sur le plan épidémiologique, nous voyons qu'en général les patients résidents dans le district de Bellinzone sont sur-représentés par rapport aux patients provenant des autres districts du secteur. Dans la moyenne, c'est-à-dire avec une représentation équilibrée, il n'y a que les patients provenant des districts de Riviera et de Leventina (ici d'ailleurs à la limite de la sous-représentativité). C'est donc ainsi que les districts de Blenio et de Moesa sont amplement sous-représentés.

Par rapport aux sexes, les hommes sont proportionnellement représentés, tous aussi comme les femmes. Mais les hommes sont légèrement sur-représentés à Bellinzone, légèrement sous-représentés dans le district de Riviera, et dans les districts de Blenio, Leventina et Moesa, bien qu'en plus petite mesure (tableau no. 11).

Les femmes, par contre, sont sur-représentées dans le district de Bellinzone (plus que les hommes), légèrement sous-représentées dans Blenio (moins que les hommes), très sous-représentées dans la Leventina, et sous-représentées aussi dans les Grisons (mais dans une mesure inférieure que les hommes) (tabl. no. 12).

Ceci dépend probablement du fait que lorsqu'un homme tombe malade, sur le plan social, ceci est plus grave que lorsque c'est la femme qui tombe malade. C'est donc pour cette raison qu'il recourt plus souvent à l'aide psychiatrique spécialisée, et, une fois qu'il a commencé à consulter, il est aussi plus difficile d'arrêter la thérapie. Il est donc plus motivé à poursuivre un traitement psychiatrique, même s'il doit se déplacer assez loin (p.ex. des vallées Leventina ou Blenio, jusqu'à Bellinzone).

4.3.4. Cas du SPSB en relation à la classe d'âge

Par rapport à la répartition proportionnelle de la population du secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées selon les classe d'âge, nous remarquons que la classe d'âge entre 10 et 19 ans est amplement sous-représentée parmi les clients du SPSB. Ceci est dû au fait qu'entre 10 et 18 ans c'est le Service médico-psychologique qui prend le cas en charge. Il est remarquable que la plupart des clients de cette classe d'âge soient représentés par des femmes et par des nouveaux cas. Il y a par contre une sur-représentation des patients des classes d'âge entre 20 et 29 ans, ainsi qu'entre 30 et 39 ans. La

représentativité globale des femmes est toujours plus élevée que celle des hommes, même lorsque les femmes sont sous-représentées (tabl. no 13 et 14).

Il est vraisemblable que la représentativité des classes entre 10 et 19 ans dépend hautement des crises post-pubérales (d'adolescence). Ensuite, parmi les classes d'âge qui ont déjà des problèmes de travail, l'incidence des préoccupations sociales devient très intense, spécialement en cas de crise psychologique. Ceci est spécialement manifeste pour les hommes, ce qui explique l'accroissement du nombre absolu et de la proportion des hommes par rapport aux femmes. Entre 30 et 39 ans l'augmentation des femmes s'explique par une problématique liée au mariage. Entre 40 et 49 ans ce sont encore les hommes les plus représentés, parce qu'à cet âge-ci, en cas de crise psychologique, il y a souvent des difficultés dans le domaine professionnel. Mais l'inverse peut aussi être vrai: les difficultés dans le travail, une mineure résistance, peuvent aggraver ou même déclencher des crises psychologiques. Entre 60 et 69 ans le nombre des hommes, et leur index de représentativité, décroît rapidement, tandis que les femmes sont toujours plus représentées que les hommes. Il se peut que la période de crise qui pour les hommes est entre 40 et 59 ans soit chez les femmes posticipée, peut-être à la suite du veuvage, du départ des enfants désormais adultes, et donc de la solitude: les femmes, d'habitude liées à leur foyer, ont moyennement beaucoup moins d'intérêts en-dehors de leur maison, ce qui, à un certain âge, peut devenir dangereux.

4.3.5. Cas du SPSB en relation avec l'état civil

Les célibataires, par rapport au pourcentage des célibataires du secteur, sont sur-représentés parmi les patients du SPSB, spécialement dans la classe d'âge entre 30 et 59 ans.

Les patients mariés sont généralement sous-représentés par rapport au taux de leur présence dans la population du secteur.

Les patients veufs sont sur-représentés par rapport à leur pourcentage dans la population du secteur, spécialement entre 30 et 59 ans. Ensuite ils restent sur-représentés, mais moins que dans les classes d'âge précédentes.

La représentativité des patients divorcés ou séparés est très haute dans toutes les classes d'âge, mais spécialement entre 30 et 39 ans (tabl. no. 15).

Il semble donc clair qu'il y a des situations dans la vie qui poussent à une consultation psychiatrique: par exemple, un veuvage ou une séparation en jeune âge. D'autre part, l'augmentation de l'index de représentativité des célibataires pour certaines classes d'âge peut être interprétée comme une plus grande difficulté pour un patient qui a des problèmes psychologiques à se former un foyer.

D'une façon analogue on peut observer que probablement le mariage d'un patient à problèmes psychologiques se termine plus souvent avec une séparation ou un divorce, ce qui explique la sur-représentation dans presque toutes les classes d'âge des patients séparés ou divorcés.

4.3.6. Cas du SPSB en relation avec leur origine

Parmi les cas vus par le SPSB en 1978 il y a une représentation assez équilibrée parmi les différentes origines: ceci signifie que les proportions entre les différentes origines sont les mêmes que celles que l'on rencontre entre les origines des habitants du secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées. Il y a de petites variations en ce qui concerne les étrangers: leur représentativité augmente dans les régions où s'est établie une certaine industrie (Leventina, Riviera), et dans certaines classes d'âge (en ce qui concerne les femmes: classe d'âge entre 20 et 39 ans; en ce qui concerne les hommes: entre 40 et 49 ans). Quant aux étrangers, il est possible que ce taux proportionnellement plus élevé indique une plus grande difficulté à s'adapter, spécialement à un certain âge, à un travail souvent dur et monotone (de manoeuvre). En ce qui concerne les femmes étrangères, le fait qu'elles aient très souvent un index de représentativité plus haut peut signifier qu'elles sont plus fragiles que les hommes sur le plan psychologique.

4.3.7. Cas du SPSB de 1978 en relation avec leur profession

Deux situations professionnelles rassemblent à peu près la moitié de la clientèle du SPSB. Il s'agit des invalides et des ménagères. Ceci veut dire qu'environ la moitié des patients du SPSB n'a pas d'activité productive, c'est-à-dire qu'elle n'est pas intégrée dans les structures professionnelles et productives du pays (tabl. no. 16).

Parmi les nouveaux cas, nous remarquons qu'il y a une sur-représentation par rapport à la moyenne du service des situations suivantes: les cadres, les employés, les ouvriers à leur compte, les ouvriers salariés qualifiés, les paysans. Parmi les situations non productives, nous remarquons une sur-représentation par rapport à la norme du SPSB des chômeurs, des étudiants et des ménagères (26,14 %).

En ce qui concerne les anciens cas, il y a une sur-représentation de cas non plus productifs: le 46,11 % des AC bénéficie d'une rente A.I., ce qui signifie que le 65,88 % de tous les rentiers A.I. du SPSB se trouvent parmi les AC. Sur-représentés sont aussi les cas des bénéficiaires d'une rente A.V.S. par rapport à la moyenne du service. Il faut d'ailleurs remarquer que seulement le 45,71 % des cas de bénéficiaires de rentes A.V.S. se trouvent parmi les AC du SPSB. Finalement, une légère sur-représentation des cas de personnes n'ayant aucun travail est à mentionner.

4.3.8. Cas du SPSB en relation avec l'opérateur qui les a pris en charge

Le médecin voit des patients de la première classe d'âge jusqu'à la dernière: après 49 ans, il est assez rare que ce soit un autre membre de l'équipe à voir le patient. Les anciens cas sont vus presque exclusivement par lui. Ceci signifie que la demande au SPSB est spécialement *médicale*.

Le psychologue-psychothérapeute voit spécialement des jeunes gens, et, en particulier, mais non exclusivement, des femmes, qui sont en même temps des nouveaux cas.

L'assistante sociale voit spécialement des hommes, en particulier des nouveaux cas, entre 30 et 39 ans, et entre 40 et 49 ans. Il s'agit en général de problèmes d'assurance ou de travail, ou bien de problèmes familiaux.

Le travail en équipe commence avec des patients entre 20 et 29 ans, mais n'atteint son maximum qu'avec des patients entre 30 et 39 ans. Il se poursuit dans la classe d'âge successive (40-49 ans), mais plus tard il disparaît presque totalement. Il s'agit en général d'anciens cas, avec un certain équilibre entre hommes et femmes (tabl. no. 17 et 18).

4.3.9. Cas du SPSB, en relation avec le diagnostic posé

Parmi les NC, dans presque la moitié des cas on a diagnostiqué une névrose ou une dépression névrotique (réactionnelle). Ces deux diagnostics semblent se présenter avec une fréquence impressionnante chez les femmes. Les femmes ont aussi un taux relativement haut de dépressions endogènes. En ce qui concerne les anciens cas, un pourcentage très important est pris par les schizophrénies (présentes en particulier chez les hommes). Si l'on compare les diagnostics posés au CPSN-Ne avec ceux qui ont été posés au SPSB en 1978⁽¹⁴⁾ on remarque que dans les deux services il y a un haut pourcentage de cas de schizophrénies anciens cas. Un autre diagnostic qui semble avoir la tendance à ne pas quitter la thérapie c'est la névrose: elle semble être présente avec un taux relativement haut parmi les anciens cas de Neuchâtel. Il est possible que ce phénomène que l'on ne remarque pas dans le secteur de Bellinzzone dépende du fait que le SPSB est relativement récent, tandis que le CPSN-Ne est un service assez ancien et avec une certaine tradition dans la population qu'il dessert (tabl. no. 19) (21).

4.3.10. Cas du SPSB en relation avec la signalation

La signalation est un élément très important qui nous renseigne sur des aspects de la demande en soins psychiatriques et en prises en charge psycho-sociales (tabl. no. 20).

L'autosignalement est plus fréquente parmi les nouveaux cas, les femmes, les patients résidents dans le district de Bellinzone, et dans la classe d'âge entre 50 et 59 ans. La signalation effectuée par le médecin traitant, par contre, est aussi plus fréquente chez les nouveaux cas, mais il s'agit plutôt d'hommes provenant des districts de Moesa et de Riviera, dans la classe d'âge entre 40 et 49 ans. La famille entre aussi en ligne de compte en tant que source de signalations. Il s'agit alors de patients nouveaux cas beaucoup plus jeunes, entre 10 et 29 ans. L'hôpital somatique signale aussi de jeunes patients entre 10 et 29 ans: il s'agit en général aussi de nouveaux cas, en particulier de femmes. Presque exclusivement des femmes sont signalées d'ailleurs aussi par le médecin cantonal. Il s'agit de nouveaux cas, provenant de Riviera et de Leventina, entre 10 et 39 ans. Les services sociaux signalent des patients anciens cas, spécialement des femmes résidant dans le district de Bellinzone, et entre 10 et 29 ans. Les assurances sociales (A.I., A.M.F.) signalent en particulier des hommes, d'abord entre 30 et 39 ans, puis entre 50 et 59 ans, spécialement en provenance des districts périphériques (Blenio, Leventina).

En conclusion, on remarque que les habitants des districts plus proches du SPSB ont plus de facilité à consulter le service, tandis que les habitants des districts les plus éloignés, pour consulter le service, doivent être poussés par un besoin impérieux: pour les femmes, c'est l'interruption thérapeutique de la grossesse (signalation effectuée par le médecin cantonal), pour les hommes, c'est la maladie psychique (signalation effectuée par l'hôpital psychiatrique, qui signale la plupart des anciens cas).

4.3.11. Cas du SPSB en relation avec une éventuelle hospitalisation pendant 1978

Des 486 personnes résidant dans le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées qui ont consulté le SPSB en 1978, 69 ont été hospitalisées (tabl. no. 21).

44 hospitalisations sur 69, donc le 63,76 %, a été fait en hôpital psychiatrique. Dans les autres institutions, comme p.ex. la Clinique psychiatrique de Viarnetto, ou bien dans des hôpitaux somatiques du Canton, a été fait le 36,24 % des hospitalisations.

Il est vraisemblable que, des 44 hospitalisations en milieu psychiatrique effectuées à Mendrisio, au moins la moitié pouvait être évitée si dans le secteur existaient quelques lits spécialisés pour des patients psychiatriques dans une phase aiguë, ou un hôpital de jour.

Le Centre psycho-social de Neuchâtel, dans la même année, de 882 patients, n'a dû en hospitaliser que 75 (donc le 8,50 %). Ceci est dû au fait que les cas les plus graves de psychoses sont suivis sur le plan chimio- et psycho-thérapeutique directement par les hôpitaux psychiatriques neuchâtelois.

III

AUTRES INSTITUTIONS ET INSTRUMENTS PSYCHIATRIQUES
ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DANS LE CANTON DU TESSIN

1. LA SECTION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

La Section médico-psychologique pour enfants et adolescents est une institution qui dépend du Département de la santé publique du Canton du Tessin, et qui a été créée dans sa forme actuelle en 1969. Elle a comme but la prise en charge de cas signalés par les familles ou par les écoles: elle a donc une activité spécialement curative, bien que des aspects préventifs soient aussi prévus dans l'optique de l'organisation du travail de la section.

1.1. INSTITUTIONS ET SERVICES

L'activité de la SMP est sectorialisée: il y a un service médico-psychologique à Lugano, un à Locarno et un à Bellinzone, qui s'occupent des cas provenant respectivement des cas des secteur en question.

1.2. LE SERVICE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES

Le SMP de Bellinzone prend en charge les enfants provenant du district de Bellinzone, du district de Riviera, Blenio et Leventina. En 1978, l'équipe pour les enfants a vu 180 cas, dont 91 anciens cas et 89 nouveaux cas. Dans la même période, l'équipe pour adolescents a vu 84 cas, dont 61 c'étaient des anciens cas, et 23 des nouveaux cas (68).

2. L'HÔPITAL NEUROPSYCHIATRIQUE CANTONAL DE MENDRISIO

2.1. HISTORIQUE

L'Hôpital psychiatrique cantonal a été créé grâce à une fondation en 1899, avec 230 lits. Avant, les tessinois qui avaient besoin d'une hospitalisation en milieu psychiatrique devaient se rendre à l'hôpital psychiatrique de Côme, en Italie (28).

L'hôpital psychiatrique à l'époque avait été conçu d'une façon révolutionnaire, au moins pour l'époque: à la place de construire un bâtiment plus ou moins grand - et unique, il a été structuré en forme de village, avec des pavillons éparpillés dans un parc immense.

Grâce à l'enrichissement des instruments thérapeutiques à disposition des hôpitaux psychiatriques, il y a une première transformation de l'hôpital entre 1960 et 1977: les démissions s'accroissent, et la lon-

gueur des hospitalisations diminue. Il faut souligner que la création du SPS en 1969 a beaucoup accéléré cette évolution.

2.2. DONNÉES SIGNIFICATIVES CONCERNANT LES HOSPITALISATIONS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

Une étude approfondie sur la composition des patients se trouvant en 1977 à l'hôpital psychiatrique cantonal, ainsi que sur la composition des hospitalisations qui ont été faites pendant cette même période, a permis d'analyser la situation sous l'angle de la provenance des patients, de leur état civil, et leur classe d'âge (27) (18).

En 1977 il y a eu 222 admissions provenant du district de Bellinzone, ce qui correspond au 23,2 % de l'ensemble des admissions (958 personnes). Dans la même année, le 23 % des personnes qui se trouvaient en hôpital psychiatrique étaient résidentes dans le district de Bellinzone et des vallées.

Le taux d'hospitalisation en 1977 était donc de 3,56 o/oo pour l'ensemble du Tessin, et de 3,42 o/oo pour le secteur de Bellinzone. En général, on remarque que les secteurs les plus lointains de Mendrisio ont un taux inférieur au taux moyen du Canton (p.ex. Locarno a un taux de 2,35 o/oo). Ces données signifient qu'il y a une relation directe entre proximité et taux d'hospitalisation (plus le secteur est proche de l'hôpital, plus il y a de facilité à hospitaliser quelqu'un). Il faut d'ailleurs souligner que le taux significativement bas du secteur de Locarno dépend aussi amplement du fait que ce secteur dispose de bien des possibilités d'alternative à l'hospitalisation en milieu psychiatrique (27).

2.3. CARACTÉRISTIQUES DE L'ADMISSION EN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE

Sur 1099 personnes hospitalisées en milieu psychiatrique en 1977, le 41,2 % l'étaient pour la première fois, tandis que le 58,8 % avaient déjà eu une admission précédemment. Il n'y a pas de différences significatives entre hommes et femmes, au moins à ce propos.

On a effectué dans la même année une enquête pour savoir quel était le jugement des médecins de l'hôpital psychiatrique à propos de la nécessité et de l'utilité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique.

L'hospitalisation en question a été jugée nécessaire dans le 54,9 % des cas, évitable mais probablement utile dans le 27,4 % des cas, évitable et probablement inutile dans le 14,9 % des cas et contre-indiquée dans le 2,8 % des cas.

Le 45,1 % des hospitalisations évitables aurait requis des mesures

alternatives, comme p.ex. une intervention ambulatoire, un appartement protégé, une intervention sociale, un hôpital psycho-gériatrique, un hôpital de jour, des soins à domicile, un centre de réhabilitation.

3. LE PÉNITENCIER CANTONAL TESSINOIS (PCT)

3.1. INTRODUCTION

Le district de Bellinzone n'a à disposition, dans le bâtiment du Prétoire de Bellinzone, que 25 places pour prisonniers. Il y a encore des prisons prétoriales à Locarno (avec 12 places) et à Mendrisio (avec 14 places). D'habitude toutefois les prisonniers n'y sont gardés que pour très peu de temps, en général jusqu'au moment où l'enquête du Juge d'instruction ou du Procureur public soit terminée. Jugés ou non, ils sont transférés dans une prison plus sûre et plus moderne, le Pénitencier cantonal tessinois, qui se situe dans la région dénommée *La Stampa*, dans la commune de Cadro, tout près de Lugano (68) (31).

3.2. LE PÉNITENCIER CANTONAL TESSINOIS

Le PCT peut garder 195 prisonniers dont 150 en prison ferme, et, dans deux sections détachées, respectivement 15 et 30 en sémi-liberté. A la fin de 1978 au PCT se trouvaient 138 personnes: elles n'étaient que 131 en 1977 (68).

En 1978 57 détenus avaient été évacués en hôpital: une moitié de ces détenus avait été hospitalisés en hôpital psychiatrique (34). Deux toxicomanes se sont suicidés: l'un par pendaison, l'autre, en section ouverte, par une overdose.

3.3. LE SERVICE PSYCHIATRIQUE DU PCT

En 1977 un message du Conseil d'Etat tessinois au Parlement précise l'intention de créer à l'intérieur de l'Hôpital psychiatrique cantonal de Mendrisio une section fermée (*section judiciaire*). Ce message a suscité la vive opposition du personnel de l'hôpital en question, de sa direction médicale, de la Communauté professionnelle des médecins-directeurs des Institutions psychiatriques suisses et d'autres psychiatres. Le parlement cantonal refuse d'adopter le message en question en mars 1978 (63).

Le Département cantonal de justice et de police a donc élaboré un nouveau règlement qui prévoit un service psychiatrique à l'intérieur du PCT. Ce service prévoit de nommer un chef de clinique à mi-temps (pour l'autre moitié de son temps il est chef de clinique à l'hôpital psychiatrique cantonal), un médecin interniste à mi-temps, deux infirmiers en psychiatrie à plein temps, un infirmier en soins généraux à plein temps, un agent géôlier qui ait une formation spéciale et deux religieuses infirmières-assistantes pour la surveillance la nuit et pendant les absences de l'équipe.

4. LA PSYCHIATRIE PRIVÉE AU TESSIN

4.1. INTRODUCTION

Les années 78 et 79 ont été des années de transition pour la psychiatrie privée dans le Canton du Tessin. Des changements à la tête des institutions psychiatriques cantonales (hôpital psychiatrique, section psycho-sociale, section médico-psychologique), ainsi que l'arrivée de nouveaux spécialistes ont largement contribué à changer la situation.

Actuellement on compte un psychiatre FMH dans le district de Mendrisio, six psychiatres FMH dans le district de Lugano (dont un a installé à Agno un hôpital de jour avec 20 places). Dans ce même district les médecins du SPS-Lu (responsables aussi pour le district de Mendrisio) sont réduits de trois à deux. Dans le district de Locarno le SPS-Lo compte deux médecins, tandis qu'en qualité de médecin-conseil de l'hôpital somatique de La Carità est actif un spécialiste FMH. Dans ce même district est actif un médecin psychiatre qui dirige la section psycho-somatique à la Clinique de S. Croce à Orselina, et qui s'occupe du mouvement balintien cantonal. Dans le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées il n'y a qu'un seul médecin psychiatre au SPSB, et un autre qui pratique la psychiatrie en ville, à temps partiel.

4.2. PROBLÈMES LIÉS A L'ACTIVITÉ EN TANT QUE MÉDECIN PSYCHIATRE INSTALLÉ

Le nombre croissant des psychiatres qui s'installent au Tessin pose certains problèmes aux psychiatres eux-mêmes. C'est pour cette raison qu'a été fondée une Société tessinoise de psychiatrie (STP), qui regroupe les psychiatres du secteur privé et du secteur public.

Le premier problème qui se pose est la complémentarité entre psychiatrie privée et psychiatrie de l'Etat. Il est en effet assez connu que la psychiatrie privée n'est pas forcément plus chère que la psy-

chiarie de l'Etat; d'autre part, la psychiatrie privée est peut-être plus souple que la psychiatrie de l'Etat. Dans d'autres cas d'ailleurs l'aspect social du traitement est si important que la psychiatrie de l'Etat semble être plus apte que la psychiatrie privée.

Deuxièmement, la psychiatrie privée au Tessin se plaint du fait que dans ce Canton il n'y ait pas une rétribution des prestations psychiatriques selon le temps. En effet, jusqu'à la fin de 1979 les tarifs psychiatriques prévus par la Fédération des Caisses-maladie tessinoises étaient les suivants:

	<i>première classe (10) (*)</i>	<i>deuxième classe</i>
<i>première consultation</i>	<i>fr. 57,75</i>	<i>fr. 70.-</i>
<i>autres consultations</i>	<i>fr. 45,50</i>	<i>fr. 57,75</i>

Troisièmement, les psychiatres tessinois se posent le problème de la formation post-académique des psychiatres ainsi que des assistants de l'Hôpital psychiatrique cantonal, de la Clinique psychiatrique de Viarnetto ainsi que du Service psycho-social, et des psychothérapeutes non médecins. Le Conseil d'Etat tessinois (41) envisage la possibilité de créer un Centre universitaire de la Suisse italienne (CUSI) qui devra s'occuper de la formation permanente post-académique ainsi que de la formation des assistants des hôpitaux tessinois (45). Il sera donc nécessaire que la Société tessinoise de psychiatrie puisse exprimer les vœux des psychiatres à ce sujet.

5. LES PSYCHOTHÉRAPEUTES NON MÉDECINS

5.1. INTRODUCTION

La situation des psychothérapeutes non médecins a toujours été libre, c'est-à-dire non soumise à un règlement quelconque. Ce qui s'est démontré assez dangereux, parce que dans un domaine délicat comme celui des soins psychologiques une partie des opérateurs était soustraite à un contrôle absolument nécessaire.

Malgré le fait que la psychothérapie exercée par un psychothérapeute non médecin ne soit pas reconnue par les Caisses-maladie, même si un médecin ou un psychiatre en pose l'indication, il y a eu un certain nombre de psychothérapeutes (spécialement provenant de la psychologie) qui se sont installés dans le Sottoceneri (Lugano) et dans le dis-

(*) Ces "classes" dépendent du type d'assurance de chacun, type qui dépend essentiellement de l'imposition fiscale.

trict de Locarno (Locarno et Ascona). Dans le district de Bellinzone il n'y en a qu'un qui travaille à mi-temps dans ce domaine.

5.2. LE RÈGLEMENT DES PSYCHOLOGUES ET DES PSYCHOTHERAPEUTES

En septembre 1979 le Département des oeuvres sociales a publié un règlement concernant l'exercice de la profession de psychologue et de psychothérapeute (2). Dans ce règlement on définit le domaine de l'activité du psychologue et du psychothérapeute et les modalités pour demander l'autorisation d'exercer cette profession au Tessin.

Contre ce règlement a recouru au Tribunal fédéral un psychologue-psychothérapeute de Locarno, parce qu'il était de l'avis qu'on ne pouvait pas considérer comme profession sanitaire l'art des psychologues, mais seulement celle des psychothérapeutes. Jusqu'à maintenant le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché la question, mais ce recours n'a pas eu d'effet suspensif à l'application du règlement (60).

5.3. LES PSYCHOTHERAPEUTES ET LES CAISSES-MALADIE

Il est bien connu que la LAMA ne prévoit aucune prise en charge de soins pratiqués par des psychothérapeutes non médecins. Il s'agit d'un point ferme, bien respecté aussi au Tessin (15).

Toutefois, au Tessin et ailleurs, il y a une grande carence de soins psychothérapeutiques (54). Il n'est pas pensable que les psychiatres puissent suffire à la demande toujours plus pressante de soins et de prises en charge psychothérapeutiques (15) (69). Il n'est pas non plus pensable que les Services psycho-sociaux de l'Etat puissent se dilater jusqu'à réussir à couvrir toute cette demande. Il ne serait même pas souhaitable. Même ici, la concurrence est un fait positif et stimulant.

D'ailleurs, les tarifs pratiqués par certains psychothérapeutes excluent automatiquement l'accès aux soins psychothérapeutiques aux patients des couches sociales moins favorisées.

L'objection qu'on rencontre souvent, notamment que justement les personnes provenant de ces couches sociales défavorisées sont celles qui ne peuvent profiter que très peu d'une cure psychothérapeutique à cause de leurs déficits dans leur capacité d'expression verbale, ne tient pas aujourd'hui, où une grande quantité de méthodes non verbales (40) (ou peu verbales) ont été élaborées par les courants psychothérapeutiques liés à la *Behavior Therapy*. Il s'agit d'ailleurs de techniques que le psychiatre actuellement ne connaît que mal (65). En Suisse, ce sont les psychologues-psychothérapeutes qui les ont introduites (66).

Si les psychologues et les psychothérapeutes sauront s'organiser d'une façon définitive, et se donneront un plan de travail réaliste mais en même temps impératif, il ne devrait pas être impossible d'arriver à un accord de collaboration avec les psychiatres afin de présenter aux

Caisses-maladie des propositions communes visant à trouver une solution au problème de la prise en charge (au moins partielle) des soins psychothérapeutiques de la part des Caisses-maladie.

IV

POUR UNE PROGRAMMATION PSYCHIATRIQUE
AU TESSIN

1. LES PARTIS POLITIQUES TESSINOIS ET LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE AU TESSIN

Une enquête a été menée pour connaître la position des différents partis politiques tessinois concernant la situation de la psychiatrie ambulatoire. Tous les partis ont répondu, sauf la section tessinoise de l'Union démocratique du centre (61).

Tous les partis politiques tessinois accentuent la nécessité d'une prévention efficace, en particulier en ce qui concerne l'abus de boissons alcooliques, le tabagisme et la toxicomanie. Parmi les partis, il y a d'ailleurs quelques différences dues aussi à leurs idéologies respectives. C'est ainsi que le Parti populaire démocratique (section du Parti démocrate-chrétien suisse), accentue la nécessité d'une plus agrandie audition des institutions et des personnes qui s'occupent des problèmes psycho-sociaux sur un plan de volontariat (44). Ce parti est aussi de l'avis que les possibilités de prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique au Tessin sont nettement insuffisantes (30).

De son côté, le Parti libéral-radical tessinois (section du Parti radical suisse) souligne aussi les avantages du volontariat dans l'assistance psycho-sociale. D'ailleurs il est de l'avis que l'Etat devrait intervenir dans tous les domaines de l'assistance socio-psychoatrique où la médecine privée se montre insuffisante (toxicomanie, alcoolisme, soins à domicile, réintégration professionnelle) (73).

Cet intérêt pour la psychiatrie sociale, ainsi que pour la prévention, se trouve aussi dans le programme du Parti socialiste tessinois (section du Parti socialiste suisse). Bien qu'il souligne l'importance d'une mise en valeur dans la médecine des ressources humaines, ce parti présente un programme très détaillé sur le plan de l'organisation, au moins en ce qui concerne la psychiatrie. On le verra de plus près lorsqu'il sera question du Département des oeuvres sociales, étant donné que son directeur, M. Benito Bernasconi, est justement un membre du Parti socialiste tessinois.

Les deux partis de gauche, le Parti socialiste autonome et le Parti du travail tessinois, ont un programme largement commun en ce qui concerne la psychiatrie et la prise en charge socio-psychiatrique (62). Il s'agit d'un programme finement articulé et assez centraliste qui prévoit une prise en charge différenciée des différents cas, ainsi qu'un programme de réintégration professionnelle pour les invalides psychiatriques. Les positions de ces deux partis sont assez proches de celles du Parti socialiste tessinois.

2. LE DÉPARTEMENT DES OEUVRES SOCIALES

Il s'agit du département du gouvernement tessinois qui s'occupe des problèmes de la santé publique. C'est un département très vaste qui grâce à l'élaboration de lois et à la répartition de subsides peut, dans une certaine mesure, procéder à une planification dans le domaine de la santé publique.

Il n'y a actuellement aucune loi qui s'occupe spécifiquement des problèmes des malades mentaux. Il y a toutefois des lois qui touchent de loin ou de près ce domaine (84).

2.1. LOI CONCERNANT LA COORDINATION, LA PROMOTION, LES SUBSIDES DE L'ACTIVITÉ SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Il s'agit d'une loi votée en 1973 qui complète ce qui était prévu par la loi concernant la coordination et les subsides pour les hôpitaux d'intérêt public, votée en 1963. La loi sur l'activité sociale en faveur des personnes âgées prévoit et règle les interventions financières en faveur des institutions qui s'occupent de personnes âgées. Elle prévoit aussi la création d'un service d'aide à domicile pour les personnes âgées.

Dans le cadre de l'application de cette loi le Département a nommé une commission d'experts qui s'est penchée sur les problèmes gériatriques et géronto-psychiatriques. Selon cette commission, il faudrait pouvoir garantir une supervision psychiatrique aux institutions pour personnes âgées du Canton, vu qu'à peu près 400 personnes y auraient besoin d'une consultation psychiatrique, qui n'est pas possible (6) (42). Cette commission propose d'intensifier les soins à domicile, et de faire recours aux maisons de retraite médicalisées seulement en dernier moment (56). Elle propose aussi la création d'hôpitaux pour malades gériatriques chroniques, ainsi que des sections pour malades psycho-gériatriques (50 lits dans le secteur psychiatrique de Locarno, 50 dans le secteur psychiatrique de Bellinzona, et 140 dans le secteur psychiatrique de Lugano et Mendrisio).

2.2. LOI CANTONALE SUR LES PRODUITS STUPÉFIANTS (1978: APPLICATION CANTONALE DE LA LOI FÉDÉRALE SUR LES PRODUITS STUPÉFIANTS DE 1951)

Bien que le Tessin soit un des centres de passage des stupéfiants en Suisse, il n'en est qu'aux premières tentatives d'analyse de ce phénomène (33). Il y a eu un premier rapport sur la situation en 1975 (publié en 1978: /70/), mais entretemps la situation s'est empirée, soit en ce qui concerne la criminalité (35) (68), soit en ce qui concerne la diffusion de la toxicomanie dans les écoles (71). Le nombre des toxicomanes au Tessin devrait se trouver entre 2000 et 4000 (58), dont en-

tre 400 et 600 dépendraient de substances dérivées des opiacés (26). Il est possible que proportionnellement le nombre des personnes dépendantes des drogues dures soit au Tessin supérieur que dans le reste de la Suisse (70).

Pour lutter contre la toxicomanie le Parlement cantonal a récemment voté un accord entre le Canton de Berne pour que le jeunes toxicomanes tessinois puissent être reçus à la Aebi-hus (64). Bien qu'en Suisse il y ait une augmentation des structures dédiées aux toxicomanes (35), au Tessin il n'y a que deux communautés, une à Maglio di Colla (district de Lugano), et une autre à Bordei (commune de Palagnedra, dans les Centovalli). Les deux ont été créées par l'initiative privée. Il semble aussi qu'un groupe autonome ait l'intention de créer un drop-in à Mendrisio (53).

La loi d'application tessinoise votée en 1978 fait partie intégrante des mesures prévues pour lutter contre la toxicomanie: elle est assez sévère en ce qui concerne les prescriptions de substances qui provoquent une dépendance, à tel point qu'elle rend impossible toute *cure de maintien* p.ex. avec la méthadone (67). Elle prévoit d'ailleurs des structures de cure et de réhabilitation, ainsi qu'une commission qui s'occupe d'étudier plus à fond le problème de la toxicomanie.

Récemment cette commission a présenté au Département un rapport (51) qui prévoit des institutions différenciées soit pour la désintoxication physique et psychique (52), soit pour la réintégration sociale et professionnelle des toxicomanes (75) (76), pour lesquelles on proposait une dépense d'un million et demi de francs. Une réduction à 600.000 francs effectuée par le gouvernement tessinois risque de diminuer sensiblement l'incisivité des mesures proposées (32).

2.3. LOI CANTONALE CONCERNANT L'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE DES INVALIDES ADULTES

Il s'agit d'une loi très importante votée en 1979 qui concerne un domaine jusqu'à maintenant relativement vierge de la politique sanitaire et sociale tessinoise. Dans cette loi on prévoit des mesures concrètes (structures, financement) dans le but de récupérer sur le plan social et professionnel tous les handicapés adultes, entre autres naturellement aussi les malades mentaux.

Il est connu que l'invalidité pour des raisons psychiatriques est bien différente de celle qui a été provoquée par des raisons somatiques ou par une débilité (72). Une réintégration sociale et professionnelle doit donc tenir compte non seulement des handicaps psychologiques, mais aussi sociaux et économiques (57).

Pour l'instant, il n'y a encore rien qui puisse venir en aide aux invalides psychiques. Les assistantes sociales de la Section psycho-so-

ciale estiment que l'on peut déjà prévoir les besoins en places protégées (86):

	<i>Tessin (tot.)</i>	<i>Secteur de Bel- linzone</i>
<i>Places dans une activité différenciée</i>	44	9
<i>Places dans un atelier indu- striel</i>	27	10
<i>Activité occupationnelle</i>	13	6
<i>Ergothérapie curative</i>	21	4
<i>Places en appartements protégés</i>	54	19

2.4. NOUVELLE LOI CONCERNANT LA GESTION DES HÔPITAUX

Il s'agit d'une loi non encore présentée au Parlement, loi que la croissance de l'importance de l'Etat dans l'assainissement annuel des bilans toujours plus déficitaires des hôpitaux a rendu nécessaire. Selon le projet du Département, il devrait s'agir de la création d'une régie cantonale des hôpitaux, et de la prise en charge administrative de certains d'entre eux.

Cette loi ne touche pas directement la psychiatrie. Mais lorsque cette loi dans une forme ou dans l'autre aura été votée, elle pourra devenir un des moyens les plus importants pour introduire la psychiatrie, la psycho-somatique et la psychologie médicale dans les hôpitaux somatiques, et donc un des instruments les plus efficaces de programmation psychiatrique.

2.5. LOI SUR L'INSTITUTION, L'ORGANISATION ET LA VIGILANCE DES INSTITUTIONS DESTINÉES AUX SOINS, À LA RÉHABILITATION ET À LA TUTELLE DE LA LIBERTÉ PERSONNELLE DES PERSONNES AYANT BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE

Il s'agit d'une vraie loi-cadre qui, si elle est adoptée par le Parlement, aura une importance déterminante dans le développement futur de la psychiatrie au Tessin. Il s'agit d'ailleurs d'une loi unique en Suisse (20).

La nouveauté de cette loi consiste dans le fait qu'elle repose sur l'art. 5 de la Convention européenne des droits de l'homme qui interdit l'internement administratif de certaines catégories de personnes, et est une suite à la loi fédérale sur la privation des libertés dans des buts de prise en charge (octobre 1978).

La loi est un filtre de plusieurs problématiques. D'abord, elle touche l' institution de la tutelle juridique du patient, qui actuellement n'existe pas. On pourra donc priver de la liberté personnelle seulement des personnes dans une situation d'abandon grave, frappées par une maladie mentale, une toxicomanie ou une forme d'alcoolisme, et non les vagabonds et les oisifs (comme c'était le cas selon la loi sur l'internement administratif de 1929). En plus, on prévoit une autorité juridique qui décide un internement non volontaire principalement dans l'intérêt des personnes et dans une structure adéquate: ceci signifie que l'internement doit être proportionnel au danger que représente la personne en question (5).

La loi d'ailleurs prévoit en général des interventions thérapeutiques et sociales adéquates, mais aussi suffisantes par rapport au besoin. C'est pour cette raison qu'elle prévoit des institutions différenciées selon les besoins, et des unités thérapeutiques et réhabilitatives structurées dans le territoire en forme de secteurs (7) (19).

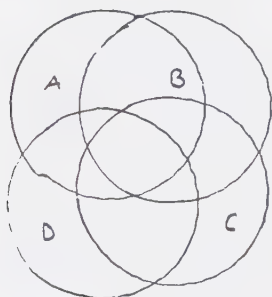
V

CONCLUSIONS

1. LA PSYCHIATRIE SOCIALE ET LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

1.1. LA PSYCHIATRIE SOCIALE

La psychiatrie sociale trouve son domaine entre la médecine préventive, la médecine curative et la médecine réhabilitative: elle emploie d'ailleurs aussi d'autres instruments que seulement ceux qui lui sont livrés par la psychiatrie; l'aspect social de cette médecine est donc très manifeste.



A = psychiatrie sociale

B = médecine préventive

C = médecine curative

D = médecine réhabilitative

Dans ce chapitre on essaiera d'examiner ce qui existe déjà dans le secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées, ce qui doit encore être créé, ou respectivement transformé ou renforcé.

1.2. LA SECTORIALISATION PSYCHIATRIQUE

Pour différentes raisons, en partie déjà présentées ici, en partie encore à discuter, il semble assez évident que la forme la plus efficace d'organisation psychiatrique dans le Canton du Tessin soit la sectorialisation des soins. Aux trois secteurs qui existent pratiquement déjà (au moins en ce qui concerne les soins ambulatoires offerts par l'Etat) il faudrait ajouter le secteur du Mendrisiotto (II-4.1.). Dans les limites du possible, il faudrait éviter que des patients consultent dans un secteur où ils ne sont pas domiciliés. Toutefois, pour des raisons de travail, de commodité, ou simplement humaines (garantir la liberté de consultation), il faut essayer de ne pas appliquer trop strictement ce principe (II-4.3.2.).

En ce qui concerne le secteur de Bellinzzone et des vallées, il faudra donc accepter tous les patients du Locarnese pour lesquels il est plus facile de consulter à Bellinzzone qu'à Locarno, et tous les patients du district grison de Moesa, bien qu'un service psychiatrique ambulatoire avec des consultations mensuelles y ait été créé dans les pre-

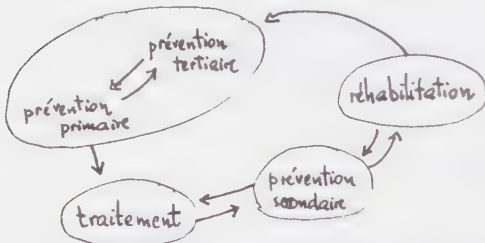
miers mois de 1979 (II-2, II-1).

Dans ce projet de sectorialisation des soins psychiatriques on a proposé quelque chose qui jusqu'à maintenant n'avait jamais été discuté: la séparation des soins cliniques des patients de Bellinzona, de l'hôpital psychiatrique cantonal de Mendrisio (II-2).

En même temps, ce projet ne prévoit pas de grands dépenses, emploie les structures qui existent déjà, et laisse une saine concurrence entre médecine privée et médecine de l'Etat, sans prétendre de construire une immense pyramide hiérarchiquement organisée.

Pour élaborer cette proposition on a dû examiner quel était le besoin psychiatrique dans le secteur, et comment il est présent dans les différentes couches de la population. Il a fallu aussi examiner quels étaient les instruments d'intervention psychiatrique et sociale qui existaient déjà, quelle était leur articulation respective, et quel était leur importance dans le domaine spécifique de la psychiatrie.

Dans le plan esquissé on a essayé de brosser les rôles respectifs du personnel médical, du personnel para-médical et du personnel volontaire, ainsi que les différentes possibilités de collaboration et de complémentarité entre médecine privée, médecine de l'Etat et instruments mis à disposition de la communauté par des associations.



Toutes les structures et les instruments décrits ici peuvent être situés par rapport au schéma proposé à gauche.

1.3. LES MODÈLES DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Selon R. Daguet (19), le secteur peut être défini comme une organisation régionale des instruments de soin; grâce à cette régionalisation l'intervention spécialisée est délimitée dans une zone géographique et démographique bien définie, dans laquelle agit une équipe pluriprofessionnelle. Elle crée un réseau de structures qui provient d'une analyse précise des besoins de la population du secteur. Elle s'occupe de problèmes de la prévention, de la cure et de la post-cure psychiatrique. Ces secteurs sont formés par une population bien déterminée sur le plan géographique, entre 75.000 et 200.000 personnes.

Le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées serait donc un petit secteur - mais viable.

Daguet se plaint du fait que l'hôpital psychiatrique et la section psycho-sociale ne soient pas organiquement liés; ce qui signifie, pour le patient qui sort d'un hôpital psychiatrique et est pris en charge par la SPS (ou inversement), une coupure dans la continuité de la thérapie. Il propose donc le secteur intégral, qui prévoit une unité fonctionnelle et coordonnée du système de thérapie dans une planification globale des structures psychiatriques nécessaires. Bien que dans son projet il affirme la complémentarité entre psychiatrie de l'Etat et psychiatrie privée, il faut tout de même penser à un projet plutôt centraliste, qui rendra nécessaire une augmentation importante du personnel, ce qui ne sera probablement pas possible à cause de la situation financière du Canton.

Il n'est d'ailleurs pas prouvé qu'il faut une continuité psychothérapeutique entre hôpital et soins ambulatoires, sauf dans certains cas, notamment les cas psycho-gériatriques. Une telle exigence, qui en même temps prévoit une sectorialisation interne de l'hôpital psychiatrique cantonal (IV-2.5.), serait sûrement viable dans le secteur psychiatrique de Mendrisio, mais conduirait à une paralysie opérationnelle dans le secteur de Bellinzona et des vallées (Airolo se trouve à deux heures de voiture de Mendrisio).

Une organisation sectorielle plus souple devrait par contre prévoir l'organisation autonome et volontaire de petits groupes et d'institutions à fonction (et donc à clientèle) différenciée, ce qui pourrait être utile pour les groupes et les institutions elles-mêmes, ainsi que pour les patients. Il faut se garder d'une technicité excessive, impossible dans un secteur relativement petit comme celui de Bellinzona et des vallées, où les relations personnelles et amicales jouent encore un grand rôle.

Il faudra donc essayer d'esquisser les moyens nécessaires à détacher le secteur de Bellinzona de l'hôpital psychiatrique cantonal, dans l'optique d'une sectorialisation plus efficace.

2. LA PRÉVENTION PRIMAIRE

2.1. DÉFINITION ET DOMAINE

Selon la définition de Caplan (1964, 1967), reprise par Ciompi (17), il s'agit de l'ensemble des mesures qui empêchent la manifestation des troubles psychiques, et qui ont donc comme but la diminution de leur incidence dans une population donnée (c'est-à-dire la diminution des nouveaux cas d'une maladie déterminée dans une population circonscrite, dans une période de temps donnée).

Dans une prévention primaire efficace il faut individuer et inhiber les facteurs qui favorisent la manifestation de la maladie psychique, et faciliter une amélioration de la résistance de la population envers ces facteurs favorisant la maladie psychique.

2.2. LA PRÉVENTION SELON LES ÂGES DE L'HOMME

Cette prévention primaire doit commencer avec la grossesse, continuer avec l'accouchement, et se manifester aussi dans les premiers mois de la vie de chaque enfant (oligophrénies, épilepsies).

L'enfance est aussi une période importante, où la prévention primaire joue un rôle très significatif (épilepsies, psychopathies, psychoses d'enfance, névroses, dépressions).

Les adolescents aussi peuvent bénéficier de mesures préventives primaires (II-4.3.4.); ils sont souvent signalés pour des expertises aux différents services (II-4.3.10), soit par leur famille, soit par d'autres institutions.

Les jeunes gens entre 20 et 29 ans pourraient aussi bénéficier d'une prévention primaire plus efficace, si l'on pense qu'ils ont une possibilité plus élevée d'être hospitalisés en milieu psychiatrique, lorsqu'il s'agit d'hommes (III-2.3.). D'habitude, par contre, les femmes tombent plus rarement malades, plus tard que les hommes, et sont plutôt moins gravement atteintes sur le plan social (II-4.3.11.).

Entre 30 et 39 ans, et plus tard, entre 50 et 59 ans, il y a plus de possibilités d'aller en hôpital psychiatrique (III-2.3.). Entre 50 et 69 ans on remarque une augmentation importante de dépressions endogènes (II-4.3.10), spécialement parmi les femmes, ce qui détermine un taux de consultation ambulatoire très haut, ainsi qu'un taux d'hospitalisation psychiatrique supérieur à la moyenne.

En général, les gens âgés auraient besoin d'une intense prévention primaire. Mais pour eux il n'y en a que peu (II-3.4.). Les soins sont aussi amplement insuffisants (II-4.3.4., II-4.3.5.). La prévention primaire chez les gens âgés devrait considérer les problèmes des personnes prédisposées à des troubles psychiques (personnes plutôt autistiques, ou trop dépendantes), les problèmes liés à la maladie physique et à la mise à la retraite.

2.3. LA PRÉVENTION SELON LES SITUATIONS SOCIO-PROFESSIONNELLES

Un rôle important pourrait être joué par le personnel soignant en cas de maladie physique, pour éviter la manifestation malheureusement trop fréquente d'une hypochondrie.

Il est aussi probable qu'une prévention spécialement orientée vers des classes professionnelles qui montrent un taux de maladie psychique plutôt haut pourrait être utile, en particulier chez les ouvriers non spécialisés (II-4.3.7.), chez les invalides A.I., chez les bénéficiaires de rentes A.V.S., chez les ménagères, et même chez les ouvriers spécialisés, dont la pathologie éventuelle dépend souvent de l'âge (II-4.3.7.). Leur période de plus grand danger se trouve entre 40 et 49 ans. Il faudrait analyser les données de leur situation sur le plan du travail pour mieux connaître les éléments pathogénétiques qui s'y retrouvent.

2.4. LA PRÉVENTION SELON L'ÉTAT CIVIL

Le mariage peut être une origine importante de troubles psychiques (II-4.3.4.; II-4.3.5.). Toutefois, ce sont les hommes célibataires qui ont un taux d'hospitalisation assez haut, ainsi que les femmes divorcées ou séparées, et ainsi que les veuves (III-2.3.).

2.5. LA PRÉVENTION SELON L'ORIGINE

On a aussi vu que les femmes d'origine étrangère ont un taux de consultation ambulatoire pour des raisons psychiatriques moyennement plus haut que les autres catégories (II-4.3.6.).

2.6. LES INSTRUMENTS POUR UNE PRÉVENTION PRIMAIRE QUI SONT DÉJÀ À DISPOSITION

a) *organisés par l'Etat*

2.6.1. Le Service social cantonal (SSC) (12)

Le SSC a été créé en 1961 dans le but d'assister et de réintégrer socialement les familles en difficulté. Il est à disposition des autorités, des institutions publiques, ainsi que des institutions privées. Ce service a été organisé en trois secteurs (Bellinzzone, Lugano et Locarno). Son statut juridique devint plus solide en 1963, grâce à la loi pour la protection de la maternité et de l'enfance. En 1970 on fonde l'Office d'activités sociales, qui s'occupe de l'assistance sociale des personnes âgées. A partir de 1972 une ligne "cen-

tralisatrice" est inaugurée: on essaie de "placer" des assistantes sociales de l'Etat même dans des institutions privées. A fin 1977 on voit la création encore embryonnaire d'un secteur du Mendrisiotto (à Coldrerio). Actuellement il y a une quarantaine d'assistantes sociales soit dans les secteurs, soit dans les différents services. Le SSC est d'ailleurs en train de revoir sa politique de centralisation, qui n'a probablement pas donné les fruits positifs que l'on attendait.

2.6.2. Le Service d'aide à domicile

Il s'agit d'un service qui se base sur l'accord sectoriel d'un certain nombre de communes, et qui est composé d'aides à domicile, d'infirmiers et d'infirmières. Il est en mesure de donner des soins à domicile.

2.6.3. Les dispensaires maternels et pédiatriques

Il s'agit d'un service qui se base sur l'accord sectoriel d'un certain nombre de communes, et qui met à disposition des jeunes mères une infirmière en soins publics et des infirmières pédiatriques. Ce service donne des consultations, mais peut aussi suivre ses cas à domicile.

2.6.4. Les écoles publiques

Très prudemment, une nouvelle matière s'introduit dans les programmes des dernières classes primaires: l'éducation sexuelle (68). Il serait en plus souhaitable d'introduire des notions d'hygiène mentale dans les écoles, en particulier à l'école normale.

b) *les institutions et les services privés*

2.6.5. Les institutions de bienfaisance et d'aide sur base privée

Il faut ici mentionner l'oeuvre remarquable de Pro Infirmis, de Caritas, de l'Association pour une journée du malade (avec *Telefono amico*, la *Main tendue* tessinoise). Ces associations peuvent suivre leurs cas non seulement en ambulatoire, mais aussi éventuellement à domicile.

La création de centres de consultation sur les problèmes de la famille et du couple a été l'oeuvre de Comunità familiare, qui a une section aussi à Bellinzona.

A ce point il faut citer aussi l'Associazione ticinese genitori ed amici dei bambini bisognosi d'educazione speciale (ATGABBES), qui a ouvert des ateliers protégés ainsi que des centres pour le temps libre dans la région de Bellinzone: il s'agit de services dédiés aux jeunes oligophrènes. Une autre institution se voue à ce genre de travail: c'est la fondation "E Noi", ainsi que la fondation "Madonna di Rè".

L'alcoolisme représente un fléau pour le Tessin (58) (81). Son incidence dans les vallées supérieures du Tessin (Leventina, Blenio, Riviera, Valle Maggia) est de quatre fois la moyenne suisse (8). Les instruments préventifs et thérapeutiques à disposition sont très limités (11). Heureusement dans le district de Bellinzone le Secrétariat cantonal de la Société tessinoise contre l'alcool et pour l'hygiène mentale a été créé tout récemment, avec deux animateurs (78). Dans le secteur de Bellinzone il faut encore mentionner l'existence d'un groupe assez actif des alcooliques anonymes (55).

2.6.6. Les médecins comme instruments d'une prévention primaire dans le domaine de la psychiatrie

Le médecin est souvent confronté à des diagnostics psychiatriques, sans que souvent le patient s'en rende compte (43). Chez le généraliste, on remarque le 18% de cas de dépression, le 9 % ont des problèmes psycho-somatiques, ainsi qu'un 26 % qui souffre de troubles émotionnels. Le médecin lui-même, spécialement dans de petites villes ou dans les villages, connaît tous les membres d'une famille, souvent depuis plus qu'une génération. Il n'a donc pas seulement une fonction curative, mais il peut employer ce qu'il connaît de chacun dans un but préventif et éducatif (79), spécialement à l'occasion d'une réorganisation d'une structure familiale (mariage, naissance, fin de la scolarité, départ des enfants, mariage des enfants, décès, changements de travail, crises, retraite...), vu qu'en principe le 50 % de la population, ou même davantage, a une relation stable et durable avec un seul médecin.

2.7. L'AVENIR DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE AU TESSIN

Il y a déjà des structures suffisamment valables, qu'il faudrait en particulier décentraliser et rendre plus souples, p.ex. si chacune des institutions mentionnées pouvait collaborer dans des centres ambulatoires d'hygiène mentale, qui auraient comme but non le traitement, mais plutôt un *counseling* adéquat du client (II-3.3.). En effet, les gens cherchent souvent des réponses à leurs questions, non un traitement.

Il serait très utile si ces associations, ces services de l'Etat et ces privés pouvaient aussi créer une espèce de ligue des associations tessinoises en faveur de l'hygiène mentale dans le but de promouvoir des entreprises communes sur la base d'un plan de travail accepté par tout le monde. Cette ligue (qui devrait pouvoir admettre aussi des membres individuels, et je pense en particulier aux personnes qui ont eu des problèmes de nature psychique) devrait pouvoir collaborer plus étroitement avec l'Etat, les communes, les églises et les partis.

3. LE TRAITEMENT

3.1. LE DÉPISTAGE SPECIALISÉ

Entre le traitement des affections psychiatriques, les prises en charge psycho-sociales et les prises en charge non spécialisées dans des buts préventifs, il y a des domaines où le dépistage doit être conduit d'une façon très spécialisée: ce dépistage ne doit d'ailleurs pas mener obligatoirement à une demande de traitement. Il y a quatre domaines principaux: les troubles sexuels, les troubles du sommeil, les douleurs chroniques et la neuropsychologie.

3.1.1. Les troubles sexuels

Il est étonnant qu'en deux ans (1978 et 1979) le SPSB n'ait eu que deux demandes de prise en charge sexologique. On peut avancer deux hypothèses: ou bien les troubles sexuels sont encore acceptés comme une destinée à laquelle il est vain de se soustraire, ou bien le service sexologique installé à l'hôpital de La Carità de Locarno est parfaitement suffisant aux besoins non seulement du secteur de Locarno, mais aussi de celui de Bollinzone (37).

3.1.2. Les troubles du sommeil (22) (82).

Il est par contre assez normal de voir au SPSB des patients qui se plaignent de toute sorte de troubles du sommeil. Mais aucun d'entre eux n'est venu au SPSB justement pour son trouble du sommeil. Il semble bien que ceux qui souffrent de troubles du sommeil se limitent à consulter leur médecin généraliste (ou interniste). Selon une statistique récente, le 15-20 % de la population souffre de troubles du sommeil, qu'il faudrait soigner d'une façon spécialisée dans le 3 % des cas.

Il s'agit principalement de troubles de l'endormissement. En Suisse, chaque année on dépense 70 millions de francs en somnifères: le 25 % des hommes de plus de 65 ans, ainsi que le 44 % des femmes de plus de 65 ans en font usage (89).

La possibilité d'un dépistage hypnologique (un seul centre dans tout le Canton suffirait amplement) représenterait un enrichissement remarquable du pays sur le plan diagnostique et curatif.

3.1.3. Les troubles dus à la tension musculaire et aux douleurs chroniques (46)

La problématique due à ce genre de troubles est très importante, au moins intuitivement, vu que personne jusqu'à maintenant n'a jamais pensé de la quantifier. Un centre qui s'occuperait de relaxation, d'un meilleur dosage d'antalgiques en cas de douleurs chroniques, ainsi que de training autogène ou des technologies dérivées des recherches faites sur la base du bio-feedback, pourrait éviter des évolutions chroniques graves dans le sens des hypochondries et des névroses d'appétence.

3.1.4. La neuropsychologie (47)

En 1978 le 18,01 % des patients du SPSB a consulté pour une expertise (II-4.1.). Il s'agissait spécialement de femmes relativement jeunes ou d'hommes entre 40 et 59 ans. Pour un service comme le SPSB, il s'agit donc d'une activité très importante: d'ailleurs même les psychiatres installés en font beaucoup, et non seulement les psychiatres de l'Etat.

Dans le temps la neuropsychologie était une science auxiliaire de la neurologie et de la neurochirurgie. Actuellement, les instruments modernes de la neuroradiologie ont fait régresser l'intérêt des médecins "somatiques" pour la neuropsychologie et la science des tests. La psychiatrie a aussi suivi un peu cette évolution, mais pas complètement. En psychiatrie, le test reste un instrument très important non seulement dans le diagnostic, mais aussi dans l'élaboration d'un plan de réintégration professionnelle d'un invalide psychiatrique. En effet, il permet d'analyser où se trouvent les manques et les insuffisances, et par où il faut commencer la rééducation.

L'application des tests permet donc un diagnostic multimodal et donc l'élaboration d'un plan d'intervention multimodal, qui puisse facili-

ter un contrôle du progrès de la réintégration, et donc des mesures préconisées (effet *feed back* sur les mesures que l'on a appliquées).

3.2. ESQUISSE DE LA DEMANDE EN SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES

3.2.1. La demande en soins d'ambulatoire

3.2.1.1. Introduction: La demande en soins ambulatoires semble être prioritaire dans le secteur psychiatrique de Bellinzone (II-3.2.). Nous le voyons au grand nombre de demandes venant des nouveaux cas (II-4.3.2.), spécialement des femmes. La demande de la part des anciens cas est encore assez basse, mais l'exemple du SPS-Lo, et spécialement du CPSN-Ne, prouve qu'une bonne offre en soins ambulatoires fait croître la demande.

3.2.1.2. La demande psychiatrique: La demande en soins médicaux (psychiatriques) est très intense, spécialement en ce qui concerne les anciens cas, les hommes et les personnes âgées (II-4.3.8.). En effet, le médecin joue un rôle important en ce qui concerne les expertises, ainsi qu'un rôle exclusif en ce qui concerne la prescription de médicaments. C'est donc pour ces raisons que le médecin du SPSB doit travailler à peu près le double de ce que travaillent ses confrères de Lugano, Locarno et Neuchâtel. Ce travail excessif pourrait déterminer une certaine difficulté dans le service, même s'il semble qu'il n'afflige pas le temps dédié à chaque patient (6,5 consultations par patient par année est une moyenne relativement élevée).

3.2.1.3. La demande psychologique et psychothérapeutique (39): Dans le temps le psychologue était confiné dans l'activité testologique. Actuellement, il semble bien qu'il soit plus utile en tant que psychothérapeute (66), étant donné que la demande en soins psychothérapeutiques non nécessairement médicaux est assez élevée même dans le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées. Le psychologue du SPSB prend en charge spécialement les femmes, les nouveaux cas, et les jeunes entre 10 et 29 ans (II-4.3.8.) (39).

3.2.1.4. La demande d'intervention sociale: Les prises en charge sociales concernent spécialement les hommes entre 30 et 49 ans, généralement des nouveaux cas (II-4.3.8.). Il s'agit d'un indicateur de difficultés graves, mais non d'un diagnostic particulier (II-4.3.9.). Elle indique aussi une difficulté de prise de conscience d'une problématique intra-psychique. En général, ces prises en charge concernent des problèmes de travail (II-4.3.4.); il s'agit en effet

d'aider quelqu'un à sauvegarder une place qu'il est en train de perdre (II-4.3.6.).

3.2.1.4. La prise en charge en équipe: il serait faux de l'appeler une *demande*. Il s'agit plutôt d'une modalité d'opérer avec des clients dont les troubles psychiques amènent aussi des troubles sociaux. Ce genre de prise en charge concerne particulièrement les nouveaux cas entre 30 et 39 ans. Actuellement les possibilités de prise en charge en équipe au SPSB sont perturbées à cause d'un grave manque de temps chez les composants de l'équipe. En plus, l'équipe elle-même souffre d'une certaine centralisation, et donc d'un certain manque de mobilité (II-4.3.8.).

3.2.1.5. Il faut ici souligner l'importance d'une collaboration pluridisciplinaire dans le domaine des soins psychiatriques ambulatoires, et donc l'importance que l'équipe soit efficace, c'est-à-dire puisse intervenir à temps, et soit mobile et décentralisée (II-3.3.) (66). Nous avons vu que le moyen privilégié pour soigner les patients qui habitent loin du SPSB est le traitement pharmacologique, qui montre d'ailleurs une haute corrélation aussi avec une non-amélioration des patients, et donc avec une chronification accrue. Il faudrait par contre pouvoir prendre en charge les clients plutôt avec des techniques verbales (en particulier cognitives) (9) (34) (39).

3.2.1.6. Globalement, on peut donc affirmer qu'un psychiatre à plein temps, ainsi qu'un psychiatre à mi-temps, pour une population de 72.000 personnes, sont insuffisants. Où bien ils sont obligés de refuser des patients (ce qui en effet arrive), ou bien ils sont voués à la paralysie (II-4.2.). Selon les médecins du secteur, il faudrait encore 1 ou 2 pédo-psychiatres en plus (pour tout le Canton), ainsi que quelques psychologues-psychothérapeutes en plus (II-3.), spécialement intéressés à un travail de supervision dans des groupes d'entraide, d'aide non professionnelle, ainsi que de type balintien.

3.2.2. Propositions concernant les soins ambulatoires

Pour une population de 72.000 personnes, il faut compter avec un taux de consultation normal de 4 o/oo (en ce qui concerne les nouveaux cas), et de 10 o/oo (taux de consultation globale). Il s'agit d'une approximation réaliste, qui ne peut être atteinte, d'ailleurs, que si l'offre en soins couvre la demande de la population. Ceci signifie qu'il faut compter pour le secteur psychiatrique de Bellinzzone avec au moins 300 nouveaux cas par année, ainsi qu'avec un nombre de patients global de 720 personnes par année.

Pour pouvoir garantir moyennement à chaque patient 6,5 consultations par année (ce qui paraît être une bonne moyenne, qui garantit une prise en charge aussi psychothérapeutique, et non seulement pharmacothérapeutique), il faudrait au moins trois psychiatres qui travaillent à plein temps dans le secteur en question. Il faudrait aussi que quelque chose change au niveau des Caisses-maladies tessinoises: l'absence d'un *pro tempore* en effet entrave une évolution dans cette direction (III-4.2.).

Deux psychiatres pourraient très bien être actifs à Bellinzone (l'un d'eux pourrait travailler aussi en tant que psychiatre consultant à l'hôpital somatique de la ville), tandis que le troisième pourrait ouvrir son cabinet à Biasca, peut-être avec une place à mi-temps en qualité de médecin-chef en psychiatrie dans un des deux hôpitaux de Leventina (II-4.1.).

Quant au nombre des psychologues-psychothérapeutes, il en faudrait au moins quatre, spécialement en tant que superviseurs de groupes dans le domaine de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que pour la thérapie individuelle ou de groupe. Probablement leur nombre pourrait même être plus élevé si les caisses-maladies étaient d'accord de prendre en charge au moins partiellement les honoraires des psychothérapeutes non médecins (III-5.1.).

3.2.3. La demande en soins cliniques

En 1978 le SPSB a hospitalisé en milieu psychiatrique ou para-psychiatrique 69 personnes (II-4.3.11.). C'est beaucoup plus que le CPSN-Ne pour la même période. Globalement, en 1978 ont été hospitalisées en milieu psychiatrique à peu près 230 personnes en provenance du secteur psychiatrique de Bellinzone; environ 230 autres personnes ont été hospitalisées dans des milieux para-psychiatriques pour des raisons clairement psychiatriques ou psychologiques. 2/3 de ces personnes ont été envoyées en hôpital par un médecin (le 53,0 % par son médecin traitant, le 23,1 % par le médecin d'un hôpital somatique) (III.2.). La moitié de ces hospitalisations (au moins en ce qui concerne les hospitalisations en hôpital psychiatrique) pouvait être évitée si le secteur avait à disposition d'autres moyens d'intervention spécialisée (II-4.3.11; III-2.).

Un psychiatre-conseil est demandé pratiquement par tout le corps médical du secteur (II-3). Dans le secteur de Locarno, il y a déjà au moins en partie des alternatives à l'hospitalisation en milieu psychiatrique (II-2.), ce qui détermine un taux plus bas d'hospitalisations. D'ailleurs, on sait bien que la plupart des psychoses peuvent être soignées hors de l'hôpital psychiatrique (II-2.).

Les hôpitaux somatiques du secteur ont déjà une importance pour l'hospitalisation para-psychiatrique (II-4.3.11.), spécialement pour les femmes, les anciens cas ainsi que pour les classes d'âge plus jeunes (II-4.3.11.). Il faut tout simplement trouver le moyen pour accroître cette importance, et diriger aussi ces catégories de patients qui

ont une haute corrélation avec l'hospitalisation en milieu psychiatrique (cette corrélation existe spécialement si le patient habite loin du SPSB, s'il est un homme, s'il est un ancien cas, s'il est âgé, et finalement s'il n'est pas envoyé en hôpital psychiatrique par le SPSB /II-4.3.11./).

Il y a une demande assez ressentie aussi dans le sens de pouvoir compléter les services somatiques avec une vision psycho-somatique et psycho-dynamique (II-3.), spécialement dans les cas des maladies psycho-somatiques.

3.2.4. Propositions concernant les soins cliniques

Déjà aujourd'hui il faut compter avec un taux d'hospitalisation psychiatrique et para-psychiatrique de 6,25 o/oo par année, ce qui correspond à 460 personnes, en ce qui concerne le secteur psychiatrique de Bellinzona, et l'année 1978.

Si l'on prend en considération les taux des diagnostics présents au SPSB et en hôpital psychiatrique, on peut prévoir:

*20 états démentiels plus ou moins graves,
100 schizophrénies et états maniformes,
90 dépressions endogènes et endo-réactives,
50 névroses et syndromes psycho-somatiques,
140 dépressions réactionnelles, endo-réactionnelles,
et cas de conflit familial,
10 cas d'alcoolisme grave,
50 cas divers.*

Pour ces 460 patients qui existent déjà, il faut prévoir quatre types de prise en charge clinique:

- a) les soins cliniques intenses;
- b) les soins cliniques moins intenses;
- c) les soins cliniques en hôpital de jour;
- d) la section psycho-somatique.

Chacun de ces services cliniques a sa gamme de soins pharmacologiques et psychothérapeutiques, son personnel spécialisé, son espace thérapeutique intérieur, ainsi qu'un but non seulement curatif, mais aussi réhabilitatif.

Il est impossible de dire où l'on pourrait placer une section clinique pour soins psychiatriques et psycho-somatiques. D'ailleurs l'hôpital de La Carità de Locarno a l'intention d'établir une petite section psychiatrique de huit lits, tandis que dans le même secteur psychiatrique il y a déjà une section psycho-somatique dans une clinique de Orselina. L'idée, même au Tessin, est tout autre que nouvelle.

Il n'y a d'ailleurs aucune raison de tout vouloir centraliser à Bellinzona. La situation anormale de la Leventina, qui a un taux de lits d'hô-

pital très supérieur à la moyenne suisse et tessinoise, pourrait permettre l'installation d'une petite section de ce genre dans ce district (II-2.).

a) *Le besoin en lits cliniques*

Dans une section clinique de psychiatrie il faudrait compter, par année, avec 15 cas de démence, 50 cas de schizophrénie ou de syndrome maniforme, 9 cas de dépression grave, 10 cas de névrose, 10 cas d'alcoolisme grave, 40 cas de dépression réactionnelle ou de conflit familial. Ceci fait à peu près 134 patients, qui, avec une hospitalisation moyenne de la durée d'un mois par patient, nous oblige à prévoir une section d'env. 15 lits (places).

Les patients qui sortent de cette institution ont trois possibilités: soit ils entrent chez eux, et continuent leurs soins ambulatoirement (et il devrait bien s'agir d'une majorité), soit leur état ne s'est pas encore suffisamment amélioré, et ils ont donc besoin d'un séjour en hôpital de jour, éventuellement dans un atelier de réhabilitation.

Une part très limitée de patients devrait être hospitalisée dans une section psychiatrique "*fermée*", qui garantit donc des soins plus intenses et d'une durée majeure. Actuellement, cette "section intensive" est représentée par l'hôpital psychiatrique de Mendrisio, mais rien n'empêche qu'elle soit aussi créée dans le secteur psychiatrique de Bellinzona. Pour cette section intensive il faudrait prévoir par année 5 cas de démence, 5 schizophrénies agitées qui répondent mal à la médication, 6 dépressifs graves, ou qui ne répondent pas aux médicaments, 10 cas d'alcoolisme anosognosique. En tout donc il faudrait prévoir env. 30 patients par année, avec une durée d'hospitalisation moyenne de 4 mois. La section devrait donc avoir env. 8-10 places.

b) *Le besoin en places en hôpital de jour*

Une grande partie des patients pourrait être directement hospitalisée en hôpital de jour, ce qui occasionnerait des frais sociaux moins importants, ainsi qu'une régression psychologique plus limitée.

D'autres patients pourraient être pris en charge par l'hôpital de jour à leur sortie de la section psychiatrique du secteur pour une continuation du traitement. Il faudrait prévoir 10 cas de démence, 122 cas de psychose, 90 dépressifs, 40 cas de névrose, 5 alcooliques et 50 cas divers par année, ce qui fait un total de 317 cas. Avec une période d'hospitalisation moyenne d'un mois par patient, il faudrait un hôpital de jour d'env. 30 places (ou bien 2 hôpitaux de jour de 15 places chacun).

c) La section psycho-somatique

Une dernière question concerne les lits psycho-somatiques. Faut-il suivre le modèle vaudois des lits psychosomatiques en section de médecine interne (avec une supervision psychologique et psychiatrique) (83), ou bien le modèle de Heidelberg (23) ou d'Ulm (38) qui prévoient une section spéciale multi-disciplinaire ? La première solution est sûrement plus enrichissante pour les médecins, les infirmiers et pour les étudiants qui y travaillent. La deuxième solution garantit une prise en charge techniquement irréprochable ainsi donc qu'une unité de doctrine souvent très utile. En principe, il faudrait prévoir une section d'une vingtaine de lits qui puisse accepter les patients psychosomatiques.

3.2.5. Description de ce qui existe déjà, et propositions pour le rendre plus efficace

3.2.5.1. Le Service psycho-social de Bellinzone et des vallées

La Section psycho-sociale du Canton est sous-dimensionnée par rapport à ce qu'elle est appelée à faire: elle n'a que 16 opérateurs pour les 350 présents en hôpital psychiatrique cantonal (*). Parmi les services psycho-sociaux du Canton, le service de Bellinzone est sans comparaison possible le moins bien équipé en personnel (27).

Il y aurait une possibilité d'augmenter le personnel présent au SPS sans pour autant devoir puiser aux caisses du Canton. Il faut savoir que le SPS offre ses services complètement gratuitement. Or, si le patient devait payer ces services comme il les paie à travers sa caisse-maladie aux psychiatres privés, le SPS serait en mesure de s'auto-subsentir, et de pouvoir engager ainsi au moins deux assistants. Il est d'ailleurs possible que le Département des oeuvres sociales ne veuille pas recourir aux caisses-maladies tessinoises. On pourrait alors demander au patient de verser au SPS au moins la somme qu'il devrait de toute façon rembourser à sa caisse-maladie. Ceci permettrait au patient de participer aux frais de cure (ce qui a une valeur thérapeutique certaine), et permettrait au SPS une certaine autonomie. En même temps, ceci remettrait la psychiatrie de l'Etat sur le même plan que la psychiatrie privée. En effet, ceux qui ont proposé la gratuité des services psychiatriques ambulatoires l'ont fait pour des raisons sociales bien compréhensibles, mais le public, lui, ressent ces services comme ceux des "pauvres", tandis que la psychiatrie privée devient "celle des riches". D'ailleurs, jamais personne n'a demandé que

(*) Le rapport des couts SPS : Hôpital cantonal psychiatrique est de un à dix-sept.

p.ex. l'hôpital psychiatrique soit complètement gratuit, ou qu'il ne soit perçu de taxe de justice (sauf bien entendu dans des cas de besoin social).

Finalement, le fait que consulter le SPS coûte la même chose que consulter un psychiatre privé (au moins au patient) pourrait diminuer l'abstentionnisme des patients. En 1978, moyennement, sur 425 rendez-vous pendant deux mois, 40 ont été manqués sans en avertir préalablement l'opérateur du SPSB (8,6 % des consultations par mois !). Il faut ici souligner que le problème de l'abstentionnisme dépend aussi d'autres facteurs, comme l'ambivalence envers les soins psychologiques et psychiatriques, ainsi que du type de nosognosie de chacun. Il semble bien que l'abandon de thérapie soit étroitement corrélé avec les névroses, les jeunes, l'hétérosignalation, les hommes, ainsi que s'il s'agit de quelqu'un qui n'habite pas loin du SPSB (9).

3.2.5.2. La psychiatrie privée

La psychiatrie privée n'existe que depuis quelques années dans le secteur psychiatrique de Bellinzone. Bientôt un psychiatre s'installera dans le secteur, où il ouvrira un hôpital de jour d'environ 15 places. Il y aura donc un psychiatre de l'Etat (chef du service psycho-social), un psychiatre privé, ainsi qu'un autre psychiatre privé qui ne travaille qu'à mi-temps. Il y a sans aucun doute encore la place pour un autre psychiatre au moins.

3.2.5.3. Les soins psychiatriques à domicile

Depuis 1973 dans le Canton du Tessin existe un service d'aide à domicile qui se compose d'infirmières et d'aides à domicile. Il s'agit d'un service ambulatoire ou à domicile d'assistance spécialisée, d'aide en soins infirmiers, et d'assistance récréative. Ce service est financé d'une part par les communes (34 %), par un concordat intercommunal non obligatoire, d'autre part par l'Etat (51 %), ainsi que par ceux qui demandent d'en jouir les prestations (14 %). Ce service n'a donc pas le principe de la gratuité qui a présidé à la création du SPS. Ce service est sectorialisé. Actuellement dans le secteur de Bellinzone sont actifs 4½ infirmiers et assistants gériatriques, 8½ aides de famille, 1 aide pour les nettoyages, ½ secrétaire administrative, 2 infirmières visitantes pour enfants. Dans le secteur de Bellinzone et des vallées, trois communes du district de Bellinzone n'ont pas adhéré au concordat. 12 communes du district de Blenio et 19 dans le district de Leventina ont fait la même chose: les vallées de montagne sont donc pratiquement exclues du service (env. 10.000 personnes).

Dans le secteur de Bellinzone, en 1977, le service d'aide à domicile a pris en charge 38 familles et 144 personnes âgées, avec une moyenne de jours de prestation par cas de 8,9, et un coût par jour de prestation de 253 fr.. Le coût moyen de chaque cas pris en charge a été de 2.269

fr. (dont on a récupéré chez le patient moyennement fr. 329).

Il s'agit donc d'un service extrêmement utile, mais relativement cher. Les services psycho-sociaux et les psychiatres privés du Canton s'appuient souvent sur sa capacité de prendre en charge les patients à leur domicile. Il y a toutefois le danger que les cas d'affection psychiatrique régressent trop facilement avec des soins très individualisés, qui d'ailleurs ne peuvent naturellement pas durer toute la journée.

3.3. L'INTERVENTION DANS LES CAS DE CRISE AIGUE

Il y a des moments de crise qui doivent être pris en charge d'une façon particulière: la puberté, la grossesse, la ménopause, la retraite, le décès du conjoint; une thérapie s'impose spécialement s'il s'agit de personnes provenant de groupements sociaux à haut taux de risque, comme p.ex. les toxicomanes, les délinquants, les alcooliques et les dépressifs. Il faut ici se souvenir qu'au Tessin il y a eu en 1977 45 suicides, dont 13 dans le district de Bellinzone, 3 dans le district de Riviera, et un dans le district de Leventina (1).

4. LA PRÉVENTION SECONDAIRE

4.1. DÉFINITION

La prévention secondaire consiste dans l'ensemble des moyens utiles à déceler précocement et à soigner vite une rechute, ainsi que dans l'ensemble des moyens nécessaires à abrégier la durée d'une maladie déjà commencée. Le but de la prévention secondaire est donc la diminution du nombre total des cas de maladie, c'est-à-dire la diminution du nombre total des cas de maladie présents à un certain moment dans une population bien déterminée (17).

4.2. LE SERVICE PSYCHO-SOCIAL ET LES PSYCHIATRES INSTALLÉS

Une partie importante de la prévention secondaire est effectuée au Tessin par la Section psycho-sociale, ainsi que par les psychiatres installés, par le moyen de leurs consultations pour des anciens cas. Ceci explique pourquoi il y a une tendance à transformer des nouveaux cas en anciens cas, même lorsque apparemment l'ex-NC "se porte bien". Ceci pousse l'observateur à se demander si peut-être il y a autre chose que l'on pourrait ajouter à la consultation des AC chez le psychiatre,

dans le but d'une prévention secondaire plus efficace et moins liée à la seule présence du médecin.

4.3. LES MÉDECINS NON PSYCHIATRES

Le secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées est pauvres en moyens thérapeutiques psychiatriques spécialisés (II-2.; II-3.). D' autre part, tous les médecins du secteur semblent être confrontés à une problématique psychiatrique (II-3.). Ils voient en particulier des dépressions, de la nervosité, des troubles fonctionnels, des problèmes d'alcool et de douleurs mal déterminées. Ils voient moins souvent aussi des problèmes d'hallucination et de délire, et ont une clientèle sporadique toxicomane spécialement dans les villes (II-3.). En général, il semble bien que les médecins non psychiatres du secteur savent soigner la dépression endogène, les troubles aigus de nature névrotique, ainsi que les hypochondries (II-4.3.). Les médecins du secteur désirent rester des médecins "totaux" (II-3.): c'est ainsi que la demande psychiatrique, bien que globalement imposante, reste heureusement sporadique.

La relation entre patient et médecin est une relation en partie parlée (verbale), en partie agie: souvent le médecin de famille a un rôle éducatif, ou bien un rôle de conseiller psycho-social, et non seulement un rôle médical (29). Mais il doit alors avoir le temps de parler avec son patient, de l'informer d'une façon compréhensible, et de l'écouter pour mieux le comprendre (87). Il serait donc très souhaitable que le médecin non psychiatre puisse voir son temps compensé peut-être par le biais d'une position spéciale "colloque psychologique" dans le tarif (10) (II-4.2.).

Le rôle du médecin soignant non psychiatre semble particulièrement important dans le traitement et dans la prévention secondaire des cas suivants (57): contrôle pharmacologique de patients schizophrènes, épileptiques, dépressifs, réactions psychiques à des maladies physiques graves, aide psychologique en cas d'enfants handicapés (pour leurs parents), ainsi que dans des cas de maladie psychosomatique ou d'hypochondrie.

4.4. LES INSTITUTIONS NÉCESSAIRES EN PRÉVENTION SECONDAIRE DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHIATRIE

Il est assez artificiel de séparer ici entre données concernant le traitement, données concernant la prévention secondaire, et données concernant la réhabilitation du patient psychiatrique.

4.4.1. L'hôpital de jour

Il s'agit d'une structure décrite plus haut (VI.3), qui au Tessin est pensée plutôt dans le sens de cure (il y a déjà un hôpital de jour créé par un psychiatre installé à Agno, dans le district de Lugano, avec une

vingtaine de lits). Il s'agit d'une structure qui fonctionne seulement pendant le jour, où le patient passe une partie de son temps astreint à un programme de traitements pharmacologiques, ergothérapeutiques et sociothérapeutiques. Dans le secteur psychiatrique de Bellinzzone il faudrait env. 30 places de ce genre (avec une période d'hospitalisation de 30 jours en moyenne).

4.4.2. L'hôpital de nuit

Il s'agit d'une institution qui garantit un logi protégé pour la nuit à des anciens patients qui n'ont plus de famille (19). On distingue souvent aussi des foyers protégés, qui prévoient un encadrement plus souple de leurs hôtes, ainsi que des appartements protégés, qui constituent une structure autogérée et autonome (72). Globalement, le Tessin aurait besoin d'env. 60 places en appartement protégé. Il en faudrait à peu près 19 à Bellinzzone. La situation de ce foyer devrait être centrale (en ville) (II-3.).

Une institution de ce genre coûterait peu (en effet chaque hôte doit subvenir à ses besoins, et payer le loyer), et représenterait une sécurité pour ses hôtes, spécialement en cas de crise (intervention médicale et sociale rapide).

4.4.3. Les clubs

Un rôle très important dans la prévention secondaire et tertiaire est joué par les clubs à intentions socio-thérapeutiques, comme, au Tessin, le Club Andromeda (avec deux sections, à Bellinzzone et à Lugano), et le Club 74 (qui a son siège à l'hôpital psychiatrique cantonal).

4.5. PROBLÈMES SPÉCIAUX LIÉS À LA PRÉVENTION SECONDAIRE

4.5.1. Le patient qui habite loin du psychiatre ou de l'équipe psychosociale

Le patient qui habite loin du SPSB (à plus de 20 km) doit être bien motivé pour le consulter. Il y a donc une corrélation avec le sexe (une majorité d'hommes), avec la gravité du diagnostic, et avec le fait d'être un ancien cas (9). Parallèlement, il y a aussi une corrélation avec un bas index de consultation de la part de la population (II-4.3.3, II-4.3.9.). La gravité du diagnostic nous est signalée par le fait que ces patients ont eu plus souvent une hospitalisation psychiatrique avant de consulter. Sur le plan catamnestique, ils montrent un taux plus élevé d'empirements, mais aussi de stabilisations. Ils sont générale-

ment signalés par l'hôpital psychiatrique (II-4.3.10), tandis que les autosignalations et les signalations de la part des médecins traitants sont réduites. Ceci n'est d'ailleurs pas valable pour le district de Leventina (peut-être parce qu'à l'hôpital du district de Faido l'on accepte volontiers - et on y soigne bien - des patients psychiatriques).

Le fait qu'un patient habite à plus de 20 km de Bellinzzone est positivement corrélé aussi à un traitement exclusivement pharmacologique (9). On peut se demander d'ailleurs s'il s'agit d'une donnée présente en fonction de la distance, ou bien en fonction du diagnostic prévalablement tournant autour de la psychose chronique pour ces patients éloignés.

Le fait qu'en général les patients géographiquement éloignés du SPSB le consultent moins souvent, et que les médecins des districts montagnards ne semblent pas très favorables à une extension de l'aide psychiatrique spécialisée aussi en périphérie, ne doit pas effrayer: une décentralisation des soins psychiatriques et psychologiques comme on l'a proposé ici est nécessaire: c'est l'organe qui crée la fonction, et non l'inverse.

4.5.2. Diagnostic et prévention secondaire

Le but de toute prévention secondaire est d'éviter l'effet porte-tournante dans les institutions de soins psychiatriques. Or, l'analyse des diagnostics du SPSB, de l'ONC ainsi que du CPSN nous montre qu'il y a des diagnostics qui ont besoin d'une prévention secondaire médicale et sociale, d'autres qui peuvent quitter les soins médicaux, et d'autres encore qui ne peuvent pas profiter des soins psychiatriques (9).

La psychose nécessite des contrôles réguliers, peut-être même les névroses, ainsi que la dépression endogène (qui a la tendance à se reproduire phasiquement). Pour ces catégories il faut organiser des groupes, parce que ces patients ont souvent une vie relationnelle appauvrie par les périodes de maladie.

Les démences séniles et préséniles ont aussi besoin de soins continuels dans le sens d'une prévention secondaire, mais il semble bien que la plupart de ces patients est repris en charge par le médecin traitant habituel, le plus souvent dans une maison de retraite qui accepte des cas de démence.

Les problématiques conflictuelles traitées avec des entretiens de famille ont la tendance à abandonner la thérapie. Il est probable que de vrais soins ainsi qu'une prévention secondaire suffisante puisse être atteinte seulement à travers une confrontation à l'intérieur d'un groupe thérapeutique.

Les hypochondries ont une corrélation excessive avec un manque d'amélioration et même d'empirement. Il faudrait se demander si une prise en charge en groupe (peut-être d'une façon peu verbale, p.ex. par le moyen de séances d'expression corporelle ou de relaxation) ne serait

pas plus efficace.

Il est inutile de proposer des prises en charge de psychopathies et de perversions sexuelles: ces cas ont une très haute corrélation avec les abandons de thérapie, et les nouveaux cas(9).

4.5.3. Considérations concernant la gérontopsychiatrie dans le Secteur psychiatrique de Bellinzone et des vallées

Il faudrait pouvoir soigner sous forme ambulatoire soit sous forme clinique tous les cas de gérontopsychiatrie qui sont signalés dans le secteur. Il faut donc organiser une petite section gérontopsychiatrique dans le secteur (IV-2.1.), et élargir les possibilités de soins à domicile et des centres de consultation sociale et de loisir. La politique commencée par l' hôpital psychiatrique cantonal, c'est-à-dire de placer des anciens patients psychiatriques stabilisés en maison de repos, est à encourager et à poursuivre.

4.5.4. La toxicomanie dans le Secteur

La toxicomanie est un problème plutôt urbain, qui ne touche Bellinzone que marginalement. Le vrai problème semble concerner en particulier les villes de Lugano et de Locarno. Toutefois un centre de rencontre pour jeunes devrait pouvoir exister aussi dans le secteur; un centre de désintoxication physique pourrait suffire s'il existait à Locarno (pour les deux secteurs de Bellinzone et de Locarno). Par contre, dans le domaine de la prévention primaire et tertiaire, il faudrait entreprendre une action informative anti-drogue assez énergique.

Par contre, on ne voit pas l'intérêt d'une sectorialisation des soins réintégratifs à courte et à longue échéance des toxicomanes.

4.5.5. L'alcoolisme dans le Secteur

Une sectorialisation de la prévention et des soins, ainsi que de la réhabilitation des alcooliques, est importante, vu l'incidence non indifférente de ce problème dans les vallées alpines.

La prévention, le traitement et la réintégration sociale des alcooliques devrait se faire parallèlement à ce que l'on prévoit pour les autres troubles psychiques. En ce qui concerne la désintoxication psychique et physique, il est probable qu'elle puisse être entreprise en hôpital de jour, ou dans une section clinique psychiatrique en hôpital somatique. Seuls des cas très graves devraient avoir besoin d'un séjour en milieu psychiatrique particulièrement protégé. Dans la réhabilitation et la

prévention secondaire il faudrait laisser une grande place aux groupes autogérés d'alcooliques (p.ex. aux alcooliques anonymes), ainsi qu'aux groupements d'utilité publique (Croix bleue, secrétariats régionaux contre l'alcoolisme, avec leurs animateurs). Il faudrait prévoir une supervision psychologique des animateurs de ces groupes (pour l'instant, c'est le SPS-Lu qui s'en est chargé grâce à l'activité d'un psychologue).

5. LA RÉHABILITATION ET LA RÉSOCIALISATION

5.1. L'INVALIDITÉ PSYCHIATRIQUE

L'invalidité psychiatrique est un problème très important, qui mérite d'être considéré d'une façon attentive (IV-2.3.). Tenant compte des handicaps prémorbides et des handicaps primaires du patient (72), ainsi que des handicaps secondaires dus à la réaction des patients à leur affection, réaction non spécifique, mais qui ne serait pas présente sans la manifestation préalable de l'affection en question, il faut prévoir des ateliers protégés (qui pourraient être subventionnés par l'A.I. et par le Canton, selon la loi cantonale sur l'invalidité), voués soit à la réintégration des patients dans une profession lucrative, soit à la récupération au moins partielle de leur capacité de travail. Sur le plan social, des clubs thérapeutiques pourraient contribuer à une intégration sociale et psychologique plus satisfaisante.

5.2. LES ATELIERS PROTÉGÉS

En général, dans le secteur de Bellinzone on perçoit le besoin de ce genre d'institutions (II-3.), spécialement en milieu urbain. Dans ce secteur il faudrait 9 places dans une activité différenciée, 3 places dans un atelier protégé industriel, 6 places dans un atelier protégé plutôt ergothérapeutique, ainsi que 3 places dans un atelier protégé orienté vers un traitement socio-psychothérapeutique de longue haleine.

5.3. LES CLUBS THÉRAPEUTIQUES

Le Club 74 est né en hôpital psychiatrique en 1974, comme conclusion d'expériences sociothérapeutiques précédentes (13). En 1975-76 a été créé à Lugano le Club Andromeda, dont une section s'est constituée à Bellinzone dans les années 77-78. Les animateurs des deux sections Andromeda sont des membres du club, ainsi que le psychothérapeute du SPSB et un médecin chef de clinique de l'hôpital psychiatrique de Mendrisio.

La finalité des clubs Andromeda consiste dans une réintégration de l'ex-patient psychiatrique dans le milieu dans lequel il a toujours vécu, grâce à des contacts sociaux avec des personnes qui se trouvent dans une situation analogue, et, en même temps, grâce aux contacts avec des personnes qui par contre n'en souffrent pas. Les clubs Andromeda remplacent ou accompagnent le traitement médical, introduisant graduellement des activités occupationnelles, créatives et de loisir. Le club Andromeda a en plus un but informatif vers la population, dans un but préventif tertiaire.

6. LA PRÉVENTION TERTIAIRE

La prévention tertiaire comprend l'ensemble des mesures aptes à éviter ou à adoucir les effets négatifs du milieu social vers le malade psychique. Les mesures de prévention tertiaire ont comme but de diminuer la virulence des préjugés contre la maladie mentale (l'affection mentale comme source de violence, ou comme effet de mauvaise volonté, ou comme origine automatique d'incapacité sociale) et à améliorer les connaissances de la population sur les affections psychiatriques pour pouvoir éviter l'émargination professionnelle et morale des ex-patients (57). La prévention tertiaire doit donc s'occuper entre autre de créer des occasions de proposer des lois ou des mesures favorables aux invalides psychiques, de proposer des solutions même en cas de crise sociale et économique, d'organiser l'aide bénévole et non professionnelle pour les invalides isolés, de combattre les préjugés et la réticence des directeurs des entreprises, ainsi que des ouvriers qui y travaillent, dans le but d'y intégrer d'une façon valable les anciens malades psychiatriques (72).

Il serait souhaitable s'il existait une association comprenant toutes les sociétés et les groupements déjà actifs dans ce domaine, qui travaille sur la base d'un plan élaboré par tous les intéressés, y compris les ex-patients. Il pourrait naturellement s'agir de la même ligue pour l'hygiène mentale dont on a préconisé la fondation dans le chapitre V-2.9..

7. FORMATION, SUPERVISION, COLLABORATION AVEC DES FORCES NON PROFESSIONNELLES

Aux Etats-Unis la collaboration des forces non professionnelles dans les soins psychiatriques, ainsi que dans la réintégration professionnelle et sociale et dans la prévention, a démontré sa validité (74).

Les expériences faites jusqu'à maintenant au Tessin sont aussi concluantes (Telefono amico, Giornata del malato, groupements des Alcoo- liques anonymes, associations pour l'hygiène mentale, groupes Andromeda, etc.). Il faudrait essayer de coordonner leur activité dans un plan discuté par tout le monde, et voir dans quelle mesure ils ont besoin d'une supervision éventuelle en ce qui concerne l'aspect socio- et psycho-dynamique de leur activité. Cette supervision devrait s'organiser pour chaque mouvement selon ses besoins, sous forme de discussion dans un groupe de Balint. Les psychologues pourraient très bien s'occuper des groupements non médicaux et para-médicaux. Par contre les psychiatres pourraient s'occuper des groupes de Balint pour les médecins et les infirmiers (48) (49) (50) (88).

8. PLAN DES PRIORITÉS DANS LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE

Premier pas: Il faut d'abord organiser un hôpital de jour, ainsi qu'atteindre un nombre suffisant de psychiatres (au moins trois). Parallèlement, il faudrait examiner la possibilité de créer une ligue pour l'hygiène mentale.

Deuxième pas: Il faut organiser un atelier protégé diversifié; trouver un psychologue-psychothérapeute qui puisse s'occuper de la supervision des forces non professionnelles qui désirent s'engager dans un travail (éventuellement bénévole) para-psychiatrique. Renforcer le Club Andromeda de Bellinzone, pour qu'il puisse recevoir un siège social qui puisse fonctionner en tant que lieu de rencontre, et aussi en tant que noyaux d'un futur foyer protégé.

Troisième pas: Trouver un animateur à plein temps pour les deux clubs Andromeda existant au Tessin (Bellinzone et Lugano). En plus: organiser au moins une première section de soins psychiatriques dans un hôpital somatique, et pouvoir organiser un réseau de spécialistes qui garantit aux hôpitaux une supervision psychologique et psychiatrique valable, au début probablement sous forme de groupe Balint.

VI

TABLEAUX STATISTIQUES

Tableau no. 1: Tessin et secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées: relation entre le nombre des communes, le nombre de résidents en 1977, le nombre de foyers et le nombre de résidents par foyer, et les différents districts (Selon *Annuario statistico del Cantone, Bellinzzone* 1978).

DISTRICTS	no. communes	résid. 77	no. foyers	no. résid. par foyer
Bellinzzone	19	38250	13116	2,91
Riviera	6	9591	3150	3,04
Blenio	17	5397	1845	2,92
Leventina	21	11831	3823	3,09
Mendrisio	28	42648	14807	2,88
Lugano	95	105514	37653	2,80
Locarno	45	52904	20243	2,61
Vallée Maggia	22	4766	1580	3,01
Ct. Tessin	247	270971	96217	2,81
Secteur Be (psychiatrique)	83	72482	24138	3,06

Tableau no. 3: Nombre et spécialisation des médecins actifs dans les différents districts du secteur de Bellinzzone, et comparaison avec le reste du Canton, et la situation globale du Canton (1978). (*Annuaire médical suisse, Bâle* 1979).

	Distr. de Be	Distr. de Ri	Distr. de Bl	Distr. de Le	Distr. Moesa	Secteur tot.	Secteur sans Moesa	Reste du Canton	Canton, global
Médecins somatiques	31	9	5	8	3	56	53	221	274
Psychiatres FMH	-	-	-	-	-	-	-	6	6
Psychiatres non FMH	1	-	-	-	-	1	1	1	2
Psychiatres de l'état	1	-	-	-	-	1	1	4	5

Tableau no. 2: Nombre des communes de chaque district tessinois selon le nombre d'habitants, pour 1970 (*Annuario statistico del Cantone, Bellinzzone*, 1978).

DISTRICT	<100	100-199	200-299	300-499	500-999	1000-1999	2000-2999	3000-4999	5000-9999	100000	tot.
										Habitants	
Mendrisio	2	2	3	6	5	4	2	1	2	-	28
Lugano	8	10	13	26	11	2	4	1	1	1	95
Locarno	11	6	5	6	8	2	2	3	1	1	45
V. Maggia	9	5	3	2	3	-	-	-	-	-	22
Bellinzzone	1	2	-	6	4	3	1	1	1	1	19
Riviera	-	-	-	1	2	2	-	1	-	-	6
Blenio	6	1	4	4	1	1	-	-	-	-	17
Leventina	7	4	-	3	2	4	1	-	-	-	21
Tessin	44	30	28	47	51	27	9	9	5	3	253
Moesa (1977)	8	4	1	2	3	1	1	-	-	-	20

Tableau no. 4: Répartition de la fréquence selon laquelle les syndromes hallucinatoires, psycho-somatiques, douloureuses, dépressives, d'angoisse, alcoolique et toxicomaniaques sont observées par 47 médecins somatiques actifs dans le Secteur psychiatrique de Bellinzone, en %:

	sou- vent	quelque- fois	ja- mais	sans ré- ponse
hallucinations et délires	-	29,8	49,0	21,2
aff. psycho-somatiques	70,2	25,6	-	4,2
douleurs mal déterminées	51,0	32,0	2,1	14,9
dépressions	46,8	40,4	2,1	10,6
nervosité, angoisse	76,6	14,9	2,1	6,4
alcoolisme	29,7	55,3	6,4	8,6
toxicomanies	2,1	34,0	49,0	14,9

Tableau no. 5: Répartition des réponses des médecins somatiques actifs dans le secteur de Bellinzone (47 = 100 %), concernant les besoins de prise en charge et les possibilité de prise en charge psychiatrique et socio-psychiatrique existant dans le Secteur psychiatrique de Bellinzone, en %:

	vrai	faux	aucune réponse
Il n'y a aucun besoin de prise en charge psychiatrique	17,0	70,2	12,8
Les possibilités sont insuffisantes	80,9	17,0	2,1

Tableau no. 6: Répartition des réponses des médecins somatiques du secteur de Bellinzone (100,0 % = 47) concernant les possibles remèdes à la misère psychiatrique et psycho-thérapique du secteur psychiatrique de Bellinzone, en pourcentages:

	oui	non	sans réponse
Des psychiatres en plus	74,4	12,8	12,8
Des lits psychiatriques en hôpital somatique	31,9	25,5	42,6
Un hôpital de jour	61,7	17,0	21,3
Un hôpital de nuit	44,7	25,5	29,8
Des ateliers protégés pour patients psychiatriques	66,0	6,4	27,6
Des clubs thérapeutiques	68,0	4,4	27,6

Tableau no. 7: Clients du SPSB en 1978: répartition selon le type de client (nouveau cas, ancien cas) et le sexe:

en nombres absolus:

	♂	♀	tot.
NC	145	189	334
AC	99	83	182
tot.	244	272	516

en pourcentages (A)

	♂	♀	tot.
NC	43,42	56,58	100,0
AC	54,39	45,61	100,0
tot.	47,28	52,72	100,0

en pourcentages (B)

	♂	♀	tot.
NC	59,42	69,48	64,72
AC	40,58	30,52	35,28
tot.	100,0	100,0	100,0

Tableau no. 8: Clients du SPSB en 1978, domicilié ou résidants dans le secteur psychiatrique de Bellinzzone: répartition selon le sexe et selon le type de patient (nouveau cas, ancien cas), en pourcentages et en nombres absolus:

en nombres absolus:

	♂	♀	tot.
NC	136	177	313
AC	93	80	173
tot.	229	257	486

en pourcentages (A)

	♂	♀	tot.
NC	43,4	56,6	100,0
AC	53,7	46,3	100,0
tot.	47,1	52,9	100,0

en pourcentages (B)

	♂	♀	tot.
NC	59,4	68,9	64,4
AC	40,6	31,1	35,6
tot.	100,0	100,0	100,0

Tableau no.9: Nombre de nouveaux cas (NC), nombre d'anciens cas (AC), nombre des habitants du secteur et des autres districts du Tessin en 1977, taux de représentativité en o/oo pour les NC et taux de représentativité en o/oo pour l'ensemble de la clientèle (NC et AC), en rapport avec le secteur psychiatrique de Bellinzone, de Locarno, de Lugano, de l'ensemble du Canton, du Centre psycho-social neuchâtelois (section de Neuchâtel), pour 1978.

SECTEUR	no.NC	no.NC+AC	hab.en 77	Taux o/oo (NC)	Taux o/oo (NC+AC)
Bellinzone	313	486	72482	4,31	6,70
Locarno	232	461	57670	4,02	7,99
Lugano	653	1001	148162	4,40	6,75
Tessin (+Moesa)	1198	1948	278314	4,30	6,99
CPSN-Ne	346	882	91517	3,78	9,63

Tableau no. 10: Nombre des habitants de chaque secteur, et leur pourcentage par rapport à l'ensemble de la population du Canton; nombre de cas (AC+NC) de chaque section psycho-sociale, et pourcentage par rapport à l'ensemble des personnes qui ont consulté la section psycho-sociale dans le Canton du Tessin. Index de représentativité pour chaque secteur psychiatrique tessinois.

SECTEUR	no.hab.77	% d.pop. tot.	no. cas d. secteur	%d.l'ensemble des cas	index de repré- sentativité
Bellinzone	72482	26,04	486	24,95	0.95
Locarno	57670	20,72	461	23,66	1.14
Lugano	148162	53,24	1001	51,39	0.96
Tessin (et Moesa)	278314	100,0	1948	100,0	--

(Données selon *Annuario statistico del Cantone*, Bellinzone 1978; *Statistischer Amt des Grisons*; *Rendiconto Governativo*, Bellinzone 1979).

Tableau no. 11: Secteur psychiatrique de Bellinzone: pourcentage des clients hommes provenant des différents districts du secteur par rapport à l'ensemble des clients du SPSB en 1978, nombre des habitants par district en 1977, pourcentage des habitants des différents districts par rapport à l'ensemble des habitants du secteur psychiatrique (hommes), taux de représentativité des hommes en o/oo pour chaque district, et index de représentativité des hommes pour chaque district (*Annuario statistico del Cantone*, Bellinzone 1978, et *Statistischer Amt des Grisons*, données de 1977):

DISTRICT	% clients hommes	hommes résid. en 1977	% des résid. hommes en 77	Taux en o/oo des hommes	Index de repr. pour les hommes
Bellinz.	66,9	16831	55,13	9,09	1.19
Riviera	13,2	4456	14,86	6,73	0.88
Blenio	7,8	2494	8,31	7,21	0.93
Leventina	5,2	2494	8,31	4,81	0.62
Moesa	6,9	3713	12,39	4,30	0.55
Secteur Be,tot.	100,0	29988	100,0	7,63	--

Tableau no. 12: Secteur psychiatrique de Bellinzone: pourcentage des clients femmes provenant des différents districts du secteur, par rapport à l'ensemble des clients femmes du SPSB en 1978; nombre des habitants femmes par district en 1977, pourcentage des habitants femmes par rapport à l'ensemble des habitants femmes du secteur psychiatrique, taux de représentativité des femmes en o/oo pour chaque district, et index de représentativité des femmes pour chaque district (*Annuario statistico del Cantone, Bellinzone 1978*, et *Statistischer Amt des Grisons*, données de 1977).

DISTRICT	% clients femmes	femmes résid. en 1977	% des résid. femmes en 77	Taux en o/oo des femmes	Index d. représ. pour les femmes
Bellinzone	67,3	17826	52,41	9,70	1.28
Riviera	10,2	4231	12,43	6,10	0.82
Blenio	6,6	2658	7,82	6,39	0.84
Leventina	8,9	5691	16,73	4,04	0.53
Moesa	7,0	3606	10.61	4,99	0.65
Secteur Be, tot.	100,0	34012	100,0	7,55	--

Tableau no. 13: Répartition des clients du SPSB en 1978 selon classes d'âge de dix ans, en pourcentages (hommes); nombre des habitants du secteur psychiatrique (hommes) selon les classes d'âges de dix ans; leur pourcentage par rapport à l'ensemble des hommes vivant dans le secteur; taux de représentativité en o/oo des hommes au SPSB; index de représentativité des hommes au SPSB, selon les classes de dix ans (Selon *Annuario Statistico del Cantone, Bellinzone 1978*, et *Statistischer Amt des Grisons*).

Classes d'âge	% pour chaque classe des clients du SPSB (hommes)	no. hab. hommes (secteur)	% d. hab. hommes (sect.)	taux en o/oo des hommes	Index d. repr. pour les hommes
10-19	3,05	4215	16,01	1,66	0.19
20-29	28,82	4629	17,58	14,25	1.63
30-39	24,89	5018	19,06	11,35	1.30
40-49	22,28	4085	15,52	12,48	1.43
50-59	12,22	3585	13,61	7,81	0.89
60-69	7,43	2883	10,96	5,89	0.67
70-79	1,31	1476	5,61	2,03	0.23
80-89	--	434	1,65	0,0	0.00
total	100,0	26325	100,0	8,69	--

Tableau no. 14: Répartition des clients femmes du SPSB en 1978 selon classes d'âge de dix ans, en pourcentages par rapport à l'ensemble des femmes qui ont consulté le SPSB; nombre des habitants femmes du secteur, selon les classes d'âge; leur pourcentage par rapport à l'ensemble des femmes vivant dans le secteur; taux de représentativité en o/oo des femmes au SPSB, selon les classes d'âge; index de représentativité des femmes au SPSB selon les classes d'âge de dix ans (Selon *Anuario statistico del Cantone*, Bellinzzone 1978, et *Statistischer Amt* des Grisons).

Classes d'âge	% pour chaque classe des clients du SPSB (femmes)	no.hab. femmes (secteur)	% d. hab. femmes (sect.)	taux en o/oo des femmes	Index de représent. (pour les femmes)
10-19	4,29	4219	14,24	2,60	0.30
20-29	24,12	5036	17,0	12,31	1.41
30-39	22,56	4731	15,98	12,25	1.41
40-49	17,89	4443	15,0	10,35	1.19
50-59	13,62	4071	13,74	8,59	0.99
60-69	12,46	3883	13,12	8,24	0.94
70-79	3,89	2417	8,16	4,13	0.47
80-89	1,17	817	2,76	3,67	0.42
total	100,0	29617	100,0	8,67	--

Tableau no. 15: Répartition des clients du SPSB en 1978 selon leur état civil (célibataire, marié, veuf, séparé ou divorcé), en rapport avec la classe d'âge de dix ans à laquelle chacun appartient.

Classes d'âge	% célib.	% mariés	% veufs	% sép.ou div.	total	no.clients
10-19	100,0	-	-	-	100,0	18
20-29	65,23	30,43	-	4,34	100,0	128
30-39	30,91	54,55	1,82	12,72	100,0	115
40-49	28,43	55,88	3,53	11,76	100,0	97
50-59	23,73	52,54	8,48	15,25	100,0	63
60-69	11,54	57,70	25,0	5,76	100,0	49
70-79	7,69	38,47	53,84	--	100,0	13
80-89	33,33	--	66,67	--	100,0	3
total	37,97	46,72	6,57	8,74	100,0	486
no. clients	185	227	32	42		486

Tableau no. 16: Distribution des professions des clients du SPSB en 1978, selon le type de cas (nouveau cas homme, nouveau cas femme, ancien cas homme, ancien cas femme, total des hommes, total des femmes, total des nouveaux cas, total des anciens cas, total des clients du SPSB en 1978), en % (100,0 = total des clients appartenant à chaque type de cas).

PROFESSION	NC ♂	NC ♀	AC ♂	AC ♀	♂	♀	NC	AC	tot. en %	no. d. clients
indépendants	-	0,50	-	-	-	0,38	0,30	-	0,19	1
cadres	2,12	-	1,04	-	1,67	-	0,92	0,56	0,56	3
employés	16,20	12,37	6,2	3,61	12,13	9,67	13,99	5,0	10,59	51
ouvriers indépend.	1,41	1,70	-	1,21	0,80	1,48	1,51	0,56	1,56	8
ouvriers spéc. salariés	23,23	8,06	6,2	1,21	16,32	5,94	14,59	3,89	10,40	50
manoeuvres	26,05	9,10	14,4	1,21	21,41	6,69	16,71	8,33	15,10	73
paysans	2,82	0,60	2,06	-	2,51	0,38	1,51	1,11	1,38	7
élèves, étudiants	0,70	2,60	-	2,41	0,41	2,61	1,83	1,11	1,57	8
apprentis	2,12	1,60	1,04	-	1,67	1,11	1,83	0,56	1,37	7
chômeurs	1,40	0,60	-	-	0,80	0,37	0,91	-	0,58	3
ménagères	-	46,27	-	49,39	-	47,21	26,14	22,77	24,91	121
sans travail	2,12	-	2,06	-	2,09	-	0,91	1,11	0,98	5
rente A.I.	20,43	7,50	62,88	26,51	37,65	13,38	13,07	46,11	23,74	115
rente A.V.S.	1,40	9,10	4,12	14,45	2,51	10,78	5,78	8,89	7,05	34
total en %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	486
no. des clients de chaque type	136	177	93	80	229	257	313	173	486	

Tableau no. 17: Répartition des prises en charge des clients du SPSB en 1978 effectuées par les différents membres de l'équipe (médecin, psychologue, assistante sociale, ainsi que: médecin et psychologue, médecin et assistante sociale, psychologue et assistante sociale) selon le type de cas (nouveau cas, ancien cas, homme, femme), en %:

TYPE DE CAS	médecin	psychologue	assistante sociale	méd. + psych.	méd. + ass. soc.	psych. + ass. soc.	tot. en %	no. tot. des cas
NC	83,79	9,00	0,90	1,80	3,31	1,20	100,0	313
AC	81,86	3,30	-	8,24	6,60	-	100,0	173
♂	85,66	4,51	0,82	4,50	3,69	0,82	100,0	229
♀	80,82	9,23	0,36	3,70	5,16	0,73	100,0	257
total	83,43	7,01	0,58	4,09	4,12	0,77	100,0	486
no. cas	405	34	3	19	20	5		

Tableau no. 18: Répartition des prises en charge des clients du SPSB en 1978 effectuée par les différents membres de l'équipe (médecin, psychologue, assistante sociale, ainsi que: médecin et psychologue, médecin et assistante sociale, psychologue et assistante sociale) selon la classe d'âge de dix ans à laquelle appartient chaque patient, en %:

CLASSE D'ÂGE	médecin	psychologue	assistante sociale	méd.+psych.	méd.+ass. soc.	psych.+ass.soc.	tot. en %	no. tot. des cas
10-19	66,67	33,33	-	-	-	-	100,0	18
20-29	79,72	13,04	-	2,18	4,34	0,72	100,0	128
30-39	79,17	6,67	0,83	9,17	3,33	0,83	100,0	115
40-49	83,50	2,92	0,97	5,82	6,79	-	100,0	97
50-59	91,18	1,47	-	-	4,41	2,94	100,0	63
60-69	90,39	-	1,92	1,92	5,77	-	100,0	49
70-79	100,0	-	-	-	-	-	100,0	13
80-89	100,0	-	-	-	-	-	100,0	3
total	83,43	7,01	0,58	4,09	4,12	0,77	100,0	486
no. cas	405	34	3	19	20	5	486	

Tableau no. 19: Distribution des diagnostics posés au SPSB en 1978, selon le type de patient (nouveau cas, ancien cas, homme femme, total), en pourcentages.

TYPE DE CLIENT	démence	schizophrénie	dépression endogène	psychose cyclique	paranoïa	névrose	dépress.réactionnelle	hypocondrie	psychopathie	perversions sexuelles	alcoolisme	toxicomanies	syndromes psychosomatiques	obésité	épilepsie	conflits familiaux	% tot.
NC	1,38	5,19	16,27	2,76	0,34	21,81	21,81	6,22	4,84	0,69	6,93	2,42	1,38	3,47	1,38	3,11	100,0
AC	2,87	41,1	16,67	6,89	4,59	4,59	6,89	0,57	1,72	1,14	1,72	4,59	1,14	2,29	1,14	-	100,0
Q	2,75	22,48	11,0	5,50	2,29	7,33	11,0	7,33	5,50	1,83	8,71	5,96	0,45	5,04	1,37	1,37	100,0
Q	1,24	16,74	21,22	3,26	1,63	22,45	20,82	1,23	2,05	-	1,63	0,81	2,04	1,22	1,22	2,44	100,0
total	1,95	19,44	16,42	4,32	1,94	15,34	16,20	4,11	3,68	0,86	4,96	3,23	1,29	3,03	1,29	1,94	100,0
no. cas	9	94	80	22	9	75	79	20	18	4	24	16	6	15	6	9	

Tableau no. 20: Distribution des signalation effectuées au SPSB en 1978, selon le type de patient (nouveau cas, ancien cas, homme, femme, total), en pourcentages.

TYPE DE CLIENT	autosignalation	famille	médecin traitant	médecin cantonal	hôpital somatique	psychiatre privé	magistrature	autorité administr.	tuteur	caserne militaire	services sociaux	AMF	AI-CNA	autre	hôpital psych. cant.	\$ tot.	no. cas
NC	25,17	9,36	14,84	14,20	5,16	1,61	4,20	1,29	1,93	0,96	3,22	6,45	1,93	0,32	9,36	100,0	313
AC	12,13	5,45	6,06	-	-	1,21	1,81	-	2,42	-	3,63	-	-	-	67,29	100,0	173
Q	14,67	8,99	14,67	0,88	2,23	1,77	5,78	1,77	3,12	1,33	2,23	5,78	0,88	0,44	35,56	100,0	229
Q	26,0	7,2	9,2	16,80	4,4	1,2	1,2	-	1,2	-	4,4	2,8	1,6	-	24,0	100,0	257
total	20,0	7,6	11,0	8,8	3,2	1,4	3,2	0,8	2,1	0,6	3,8	3,8	1,0	0,2	32,6	100,0	486
no. cas	97	37	53	43	16	7	16	4	10	3	18	18	5	1	158	486	

Tableau no. 21: Nombre des hospitalisations de patients vus au SPSB en 1978, et leurs valeurs relatives en %, selon l'institution qui les a accueillis.

patients (en nombres abs.)	69	44	3	14	4	1	1	2
en %	100,0	63,76	4,34	20,28	5,79	1,44	1,44	2,89
25 personnes = 36,24 %								

VII

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES

- (1) Annuario statistico del Cantone Ticino. Bellinzona 1978: Ufficio cantonale di Statistica.
- (2) "Approvato il regolamento per psicologi e psicoterapeuti". Dans Corriere del Ticino. Lugano, 6 settembre 1979.
- (3) BASMAJIAN John V. (réd.): Biofeedback. Principles and Practice for Clinicians. Baltimore 1979: The Williams and Wilkins Co.
- (4) BECK Dieter: Die Kurzpsychotherapie. Eine Einführung. Bern 1974: Hans Huber.
- (5) BERNASCONI Benito: "Presentazione". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (6) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn 1975: Deutscher Bundestag.
- (7) BORGHI Marco: "Conclusioni: per una riforma legislativa". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (8) CARLEVARO Tazio: "Dati socio-economici sull'alcolismo". Dans Pubblicazioni mediche ticinesi. Lugano, 5-8/1977.
- (10) CARLEVARO Tazio: Studio sulla psichiatria ambulatoriale nei differenti Cantoni della Svizzera. Bellinzona 1979: polycopié
- (11) CARLEVARO Tazio: "Terapia e prevenzione dell'alcolismo". Dans Pubblicazioni mediche ticinesi. Lugano, 5-8/1977.
- (12) CASLINI Luisa: "Esperienze operative di un'assistente sociale". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978.
- (13) CERESA Defendente et al.: "I Clubs terapeutici in Ticino". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (14) CHERPILLOD Claude: Centre psycho-social neuchâtelais. Rapport d'activité 1978. La Chaux-de-Fonds 1979.
- (15) CONDRAU Gion: "Psychotherapie im Widerspruch der Meinungen". Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 33/1979.
- (16) CIOMPI Luc: "Was ist Sozialpsychiatrie ?". Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 31/1978.
- (17) CIOMPI Luc: "Zum Problem der psychiatrischen Primärprävention". Dans Psychiatrie der Gegenwart (réd. KISKER et al.). I/1, 2. Aufl.. Berlin 1979: Springer.
- (18) DAGUET Romano: "Documentazione di base". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (19) DAGUET Romano: "Nuove tendenze nell'organizzazione della psichiatria". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere sociali.

- (20) *"Dal manicomio al territorio, dalla custodia all'alleanza terapeutica"*. Dans Politica Nuova. Bellinzona, 21/1979.
- (21) DEGWITZ R. et al.: Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin 1975: Springer.
- (22) DEMENT William C.: *E c'è chi veglia, e c'è chi può dormire*. Bologna 1977: Zanichelli (éd. américaine 1974).
- (23) DETER H.C. et al: *"Diagnostic et traitement dans un service de médecine interne: importance de l'aspect psycho-social"*. Dans Médecine et Hygiène. Genève, 1318/1979.
- (24) ESCHER Martin: *"Betreuung psychisch Kranker durch den Hausarzt"*. Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 21/1979.
- (25) FERRARI Mario: *"Una nuova legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi. Un passo avanti nel Ticino"*. Dans Cooperazione. Bâle, 14/1979.
- (26) FRAZER Alan et al.: Biological Bases of Psychiatric Disorders. New York 1977: Spectrum Publications Inc.
- (27) GEROSA Emilio: *"Caratteristiche della domanda di degenza: ricerca"*. Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (28) GEROSA Emilio: *"Evoluzione storica dell'Ospedale Neuropsichiatrico"*. Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere sociali.
- (29) GILLIERON E.: *"La psychothérapie des médecins praticiens"*. Dans Médecine et Hygiène. Genève, 3 septembre 1975.
- (30) GRANDI Attilio (lettre personnelle du 26.4.1979).
- (31) GROSSI Plinio: *"Una casa di pena in Castel Grande"*. Dans Rivista di Bellinzona. Bellinzona, 6- et 7-/1979.
- (32) GUIDICELLI Paul: *"Con la proposta di spesa del Governo contro la droga non si può far niente"*. Dans Corriere del Ticino. Lugano, 13 novembre 1979.
- (33) HOBI Viktor: Das Drogenproblem bei Jugendlichen. Bern 1973: Hans Huber.
- (34) HOFFMANN Nicolas (réd.): Grundlagen kognitiver Therapie. Bern 1979: Hans Huber.
- (35) HUNZIKER Vreni et al: Problèmes de l'infrastructure psychiatrique en Suisse. Dépouillement des résultats d'une enquête effectuée par la fondation "Pro mente sana". Weinfelden 1979: Pro Mente Sana.
- (36) KENDELL R.E.: Die Diagnose in der Psychiatrie. Stuttgart 1978: Enke.
- (37) KOCKOTT Götz: Sexuelle Störungen. München 1977: Urban & Schwarzenberg.
- (38) KOEHLE K. et al: Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. Bâle 1977: Editions Roche.

- (39) KOEHNKEN G. et al: "Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien". Dans Klinische Psychologie (réd. BAUMANN U. et al.), 2. Band. Bern 1979: Hans Huber.
- (40) KRAIKER Christoph (réd.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München 1974: Kindler.
- (41) Il problema universitario della Svizzera Italiana. Lugano 1978: Gruppo di lavoro "Ticino-Università".
- (42) Il vecchio tra integrazione ed emarginazione. Per una politica assistenziale diversa. Bellinzona 1979: Partito socialista autonomo.
- (43) LABHARDT Felix: "Die ambulante Behandlung psychischer Störungen". Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 21/1979.
- (44) Lavoro e qualità di vita per gli anni ottanta. Bellinzona 1979: Popolo e Libertà.
- (45) "Le proposte governative per il Centro Universitario della Svizzera Italiana". Dans Scuola Ticinese. Bellinzona, 71/1979.
- (46) LEGEWIE Heiner et al. (réd.): Biofeedback-Therapie. München 1975. Urban & Schwarzenberg.
- (47) LEZAK Muriel D. Neuropsychological Assessment. New York 1976: Oxford University Press.
- (48) LUBAN-PLOZZA Boris et al. (réd.): Balint-Methode in der medizinischen Ausbildung. Stuttgart 1978: G. Fischer.
- (49) LUBAN-PLOZZA Boris (réd.): Praxis der Balint-Gruppen. München 1974: Lehmann.
- (50) LUBAN-PLOZZA Boris: "Les relations médecin-patient: un risque et une chance. Un problème: le manque de temps pour des médecins balintiens". Dans Médecine et Hygiène, Genève, 1318/1979.
- (51) MARTIGNONI Graziano: Le fasi del processo terapeutico. Bellinzona-Tremona 1979: polycopié.
- (52) MARTIGNONI Graziano: "Sur vortice dell'assenza". Dans Rivista di diritto amministrativo ticinese. Lugano, 1979.
- (53) M.B.: "Centri e comunità terapeutiche: una svolta nella lotta antidroga". Dans Corriere del Ticino. Lugano, 14 settembre 1979.
- (54) MODENA Emilio: "Klassenkampf um die Psychotherapie". Dans Soziale Medizin. Bâle, 4/1979.
- (55) MONASCEVICH Milan: "Alcoolisti anonimi". Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (56) MUELLER Christian: "Gedanken zur Organisation der Psychogeriatric". Dans Die Psychiatrie-Enquête in internationaler Sicht (réd. KULENKAMPFF et al.). Köln 1979: Rheinland-Verlag.

- (57) MUELLER Hedi: *"Der psychisch Kranke in der Gesellschaft - nicht ausserhalb"*. Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 21/1979.
- (58) MUSTER Eduard: Alcoolisme et autres toxicomanies. Données statistiques. Lausanne 1979: Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme.
- (59) NAEF U.: *"L'assistance médicale en Suisse. Commentaires à propos de la statistique médicale 1978"*. Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 34-, 35-/1979.
- (60) *"Occorre separare le norme che regolano il lavoro di psicologi e psicoterapeuti ?"*. Dans Corriere del Ticino. Lugano, 12 octobre 1979.
- (61) *(Partis politiques suisses)*. Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 40/1979.
- (62) *"Programma comune PdL-PSA"*. Dans Il lavoratore. Locarno, 3 février 1979.
- (63) QUADRI Ferruccio: *"Solo divergenza attualmente fra carceri ed ospedali psichiatrici ?"*. Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (64) *"Qualche speranza in più per guarire i giovani sotto l'influsso della droga"*. Dans Corriere del Ticino. Lugano, 20 septembre 1979.
- (65) VAN QUEKELBERGE Renaud: Systematik der Psychotherapie. München 1979: Urban & Schwarzenberg.
- (66) RACHMAN S.J. et al.: Arzt und Psychologe. Ein Programm zur Partnerschaft. München 1976: Urban & Schwarzenberg.
- (67) Rapport annuel des Cantons sur les mesures préventives et thérapeutiques en matière d'assistance aux toxicomanes. Berne 1979: Office fédéral de la Santé publique.
- (68) Rendiconto del Consiglio di Stato. Bellinzona 1979: Repubblica e Cantone del Ticino.
- (69) RENGGLI Franz: *"Die Lage der Psychotherapie in der Schweiz"*. Dans Bulletin des médecins suisses. Berne 24/1979.
- (70) REZZONICO Giorgio et al.: *"Appunti per un dibattito sulle tossicomanie in Ticino"*. Dans L'Ospedale neuropsichiatrico cantonale di Mendrisio 1898-1978. Bellinzona 1978: Dipartimento delle Opere Sociali.
- (71) RYSER Hansjörg: Drogenabhängige in Beratung, Behandlung und im Strafvollzug. Berne 1979: Amt für Information und Dokumentation.
- (72) SALEM G. et al.: *"La réadaptation du patient psychiatrique"*. Dans Therapeutische Umschau. Berne, 2/1979.
- (73) Solidarietà e responsabilità. Programma del Partito Liberale-Radicale Ticinese per la legislatura 1979-1983. Bellinzona 1979: Partito Liberale-Radicale Ticinese.

- (74) SOMMER Gert et al.: "Gemeinde-psychologie". Dans Handbuch der Psychologie (8.Band, 2.Halbband). Göttingen 1978: Hogrefe.
- (75) UCHTENHAGEN Ambros: "Die Eingliederung von Suchtkranken". Dans Therapeutische Umschau. Berne, 2/1979.
- (76) UCHTENHAGEN Ambros: "Modello teorico per l'interpretazione delle carriere devianti". Dans Rivista di diritto amministrativo ticinese. Lugano, 1979.
- (77) Office cantonal de Statistique du Canton des Grisons.
- (78) "Una data storica". Dans Il Pioniere. Bellinzona, 9/1979.
- (79) WILLI Jürg: "Family medicine". Dans Revue des médecins suisses. Berne, 30/1979.
- (80) WING J.K.: "Zur Rehabilitation chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter: die Notwendigkeit eines leistungsintensiven psychiatrischen Gesundheitsdienstes." Dans Psychiatrie-Enquête in internationaler Sicht (réd. KULENKAMPFF et al.). Köln 1979: Rheinland-Verlag.
- (81) WUETRICH Peter: Alkohol in der Schweiz. Frauenfeld 1979: Huber.
- (82) WILLIAMS Robert L. et al.: Sleep Disorders. Diagnosis and Treatment. New York 1978: John Wiley and Sons.
- (83) WUILLEMIER P.: "Pratique de la psychologie médicale dans un hôpital général". Dans Médecine et Hygiène. Genève, 3 septembre 1975.
- (84) ZURINI Sandro: "Il Dipartimento delle Opere Sociali: due campi d'azione, una dimensione". Dans Trasparenza. Bellinzona, 7/1979.
- (85) Annuaire médical suisse. Bâle 1979: Schwabe.
- (86) AMBROSINI N. et al.: "L'invalidità psichiatrica alla Sezione psico-sociale". Lugano 1980: manuscrit.
- (87) HEIM Edgar: "Arzt und Patient als gleichwertige Partner". Dans Bulletin des médecins suisses. Berne, 21/1979.
- (88) GFELLER Rolf et al.: "Groupes Balint pour infirmières". Dans Soins Infirmiers. Soleure, 1/1980.
- (89) Selon une discussion entre D. LEHMANN, A. BORBELY, I. STRAUCH à la télévision de la Suisse alémanique ("Mensch, Technik, Wissenschaft", 4.7.1979).

VIII

ABBREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS PRINCIPALES

AC	ancien cas	SPS	Service (section)
AI	Assurance Invalidité		psycho-social
AMF	Assurance militaire fédérale	SPSB	Service psycho-social de Bellinzzone
Be	Bellinzzone	TI	Tessin
Bl	Blenio	tot.	total
AVS	Assurance Vieillesse et survivants	V.M.	Vallée Maggia
célib(at).	célibataire	♂	hommes
cl.	client(s)	♀	femmes
consult.	consultation(s)	%	taux en o/o (100)
CNA	Caisse nationale accidents	o/oo	taux en o/oo (1000)
CPSN	Centre psycho-social neuchâtelois		
CPSN-Ne	idem, section de Neuchâtel		
Ct.	Canton		
d.	de, du, des, de la		
distr.	District		
éd.	édition		
étr.	étranger		
hab.	habitant(s)		
Le	Leventina		
Lo	Locarno		
Lu	Lugano		
méd.	médecin		
Me	Mendrisio		
Mo	Moesa		
NC	nouveau-cas		
ONC	Hôpital neuropsychia- trique cantonal		
p.ex.	par exemple		
PCT	Pénitencier cantonal tessinois		
pop.	population		
psych.	psychologue		
pt.	patient(s)		
réd.	rédacteur		
repr(és).	représentativité		
résid.	résident(s)		
Ri	Riviera		
sép. ou div.	séparé(s) ou divorcé(s)		
SMP	Section médico-psy- chologique		

IX

SOMMAIRE

- I. INTRODUCTION, p. 3
- II. LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES, p. 5
 - 1. ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES ET GÉOGRAPHIQUES, p. 7
 - 2. LA SITUATION DE LA MÉDECINE DANS LE SECTEUR DE BELLINZONE ET DES VALLÉES, p. 9
 - 3. ENQUÊTE PARMI 100 MÉDECINS DU SECTEUR DE BELLINZONE ET DES VALLÉES, p. 9
 - 3.1. Introduction, p. 9
 - 3.2. Evaluation des réponses, p. 9
 - 4. LE SERVICE PSYCHO-SOCIAL DE BELLINZONE ET DES VALLÉES, p. 11
 - 4.1. La Section psycho-sociale, p. 11
 - 4.2. Le Service psycho-social de Bellinzone et des vallées, p. 12
 - 4.2.1. Introduction, p. 11
 - 4.2.2. Organigramme du SPSB et augmentation du travail 1976-1979, p. 13
 - 4.2.3. Principaux paramètres de cette élaboration statistique, p. 14
 - 4.2.4. Données comparatives, p. 14
 - 4.3. Données générales sur la structure de la clientèle du SPSB en 1978, p. 15
 - 4.3.1. Cas provenant du secteur et cas provenant hors secteur, p. 15
 - 4.3.2. Evaluation épidémiologique, p. 16
 - 4.3.3. Cas du SPSB en relation avec leur district de résidence, p. 17
 - 4.3.4. Cas du SPSB en relation à la classe d'âge, p. 17
 - 4.3.5. Cas du SPSB en relation avec l'état civil, p. 18
 - 4.3.6. Cas du SPSB en relation avec leur origine, p. 19
 - 4.3.7. Cas du SPSB en relation avec leur profession, p. 19
 - 4.3.8. Cas du SPSB en relation avec l'opérateur qui les a pris en charge, p. 20
 - 4.3.9. Cas du SPSB en relation avec le diagnostic posé, p. 20
 - 4.3.10. Cas du SPSB, en relation avec la signalation, p. 20
 - 4.3.11. Cas du SPSB en relation avec une éventuelle hospitalisation en 1978, p. 21
- III. AUTRES INSTITUTIONS ET INSTRUMENTS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES DANS LE CANTON DU TESSIN, p. 23
 - 1. LA SECTION MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS, p. 24
 - 1.1. Institutions et services, p. 24
 - 1.2. Le Service médico-psychologique de Bellinzone et des vallées, p. 24

2. L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE CANTONAL, p. 24

- 2.1. Historique, p. 24
- 2.2. Données significatives concernant les hospitalisations en milieu psychiatrique, p. 25
- 2.3. Caractéristiques de l'admission en hôpital psychiatrique, p. 25

3. LE PÉNITENCIER CANTONAL TESSINOIS, p. 26

- 3.1. Introduction, p. 26
- 3.2. Le PCT, p. 26
- 3.3. Le service psychiatrique du PCT, p. 26

4. LA PSYCHIATRIE PRIVÉE AU TESSIN, p. 27

- 4.1. Introduction, p. 27
- 4.2. Problèmes liés à l'activité en tant que psychiatre installé, p. 27

5. LES PSYCHOTHÉRAPEUTES NON MÉDECINS, p. 28

- 5.1. Introduction, p. 28
- 5.2. Le règlement des psychologues et des psychothérapeutes, p. 29
- 5.3. Les psychothérapeutes et les caisses-maladies, p. 29

IV. POUR UNE PROGRAMMATION PSYCHIATRIQUE AU CANTON DU TESSIN, p. 31

1. LES PARTIS POLITIQUES TESSINOIS ET LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE AU TESSIN, p. 33

2. LE DÉPARTEMENT DES OEUVRES SOCIALES, p. 34

- 2.1. La loi concernant... les personnes âgées, p. 34
- 2.2. La loi concernant... les produits stupéfiants, p. 34
- 2.3. La loi concernant... les invalides, p. 35
- 2.4. La loi concernant... les hôpitaux, p. 36
- 2.5. La loi concernant... la psychiatrie, p. 36

V. CONCLUSIONS, p. 39

1. LA PSYCHIATRIE SOCIALE ET LE SECTEUR, p. 41

- 1.1. La psychiatrie sociale, p. 41
- 1.2. La sectorialisation psychiatrique, p. 41
- 1.3. Les modèles du secteur psychiatrique, p. 42

2. LA PRÉVENTION PRIMAIRE, p. 43

- 2.1. Définition et domaine, p. 43
- 2.2. La prévention selon les âges de l'homme, p. 44
- 2.3. La prévention selon les situations socio-professionnelles p. 44
- 2.4. La prévention selon l'état civil, p. 45
- 2.5. La prévention selon l'origine, p. 45

- 2.6. Les instruments pour une prévention primaire qui sont déjà à disposition, p. 45
 - 2.6.1. Le Service social cantonal, p. 45
 - 2.6.2. Le Service d'aide à domicile, p. 46
 - 2.6.3. Les Dispensaires maternels et pédiatriques, p. 46
 - 2.6.4. Les écoles publiques, p. 46
 - 2.6.5. Les institutions de bienfaisance et d'aide sur base privée, p. 46
 - 2.6.6. Les médecins comme instruments d'une prévention primaire dans le domaine psychiatrique, p. 47
- 2.7. L'avenir de la prévention primaire au Tessin, p. 47
3. LE TRAITEMENT, p. 48
 - 3.1. Le dépistage spécialisé, p. 48
 - 3.1.1. Les troubles sexuels, p. 48
 - 3.1.2. Les troubles du sommeil, p. 48
 - 3.1.3. Les troubles dus à la tension musculaire et aux douleurs chroniques, p. 49
 - 3.1.4. La neuropsychologie, p. 49
 - 3.2. Esquisse de la demande en soins psychiatriques dans le secteur psychiatrique de Bellinzzone et des vallées, p. 50
 - 3.2.1. La demande en soins d'ambulatoire, p. 50
 - 3.2.2. Propositions concernant les soins d'ambulatoire, p. 51
 - 3.2.3. La demande en soins cliniques, p. 52
 - 3.2.4. Propositions concernant les soins cliniques, p. 53
 - 3.2.5. Description de ce qui existe déjà, et propositions pour le rendre plus efficace, p. 55
 - 3.2.5.1. Le Service psycho-social de Bellinzzone et des vallées, p. 55
 - 3.2.5.2. La psychiatrie privée, p. 56
 - 3.2.5.3. Les soins psychiatriques à domicile, p. 56
 - 3.3. L'intervention en cas de crise aiguë, p. 57
4. LA PRÉVENTION SECONDAIRE, p. 57
 - 4.1. Définition, p. 57
 - 4.2. Le Service psycho-social et les psychiatres installés, p. 57
 - 4.3. Les médecins non psychiatres, p. 58
 - 4.4. Les institutions nécessaires dans la prévention secondaire dans le domaine de la psychiatrie, p. 58
 - 4.4.1. L'hôpital de jour, p. 58
 - 4.4.2. L'hôpital de nuit, p. 59
 - 4.4.3. Les clubs thérapeutiques, p. 59
 - 4.5. Problèmes spéciaux liés à la prévention secondaire, p. 59
 - 4.5.1. Le patient qui habite loin du psychiatre ou de l'équipe psycho-sociale, p. 59

- 4.5.2. Diagnostic et prévention secondaire, p. 60
- 4.5.3. Considérations concernant la gérontopsychiatrie, p. 61
- 4.5.4. La toxicomanie dans le Secteur, p. 61
- 4.5.5. L'alcoolisme dans le Secteur, p. 61

5. LA RÉHABILITATION ET LA RÉSOCIALISATION, p. 62

- 5.1. L'invalidité psychiatrique, p. 62
- 5.2. Les ateliers protégés, p. 62
- 5.3. Les clubs thérapeutiques, p. 62

6. LA PRÉVENTION TERTIAIRE, p. 63

7. FORMATION, SUPERVISION, COLLABORATION AVEC DES FORCES NON PROFESSIONNELLES, p. 63

8. PLAN DES PRIORITÉS DANS LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE BELLINZONE ET DES VALLÉES, p. 64

VI. TABLEAUX STATISTIQUES, p. 65-75

VII. BIBLIOGRAPHIE ET NOTES, p. 77-83

VIII. ABRÉVIATIONS, p. 85

IX. SOMMAIRE, p. 89-94

RÉSUMÉ, p. 95

CURRICULUM VITAE, p. 97

RIASSUNTO

Questo lavoro presenta le conclusioni di un più ampio studio che riguarda la situazione delle cure psichiatriche nel Cantone Ticino, con particolare attenzione al settore psichiatrico del Ticino settentrionale, nelle valli alpine attorno a Bellinzona, con all'incirca 72.000 abitanti.

Si tratta di un settore particolarmente povero di possibilità di prese a carico socio-psichiatriche: l'autore l'ha provato grazie ad una inchiesta effettuata tra 100 medici che operano nel settore menzionato, e grazie allo spoglio del materiale clinico trovato presso la Sezione psico-sociale cantonale (servizio di Bellinzona). Questo materiale clinico è stato comparato con materiale clinico analogo proveniente dal Centro psico-sociale neocastellano (sezione di Neuchâtel).

Tra le conclusioni si nota che ci vorrebbero almeno tre psichiatri installati nella regione: uno di loro dovrebbe poter scegliere una residenza periferica rispetto a Bellinzona (p.es. Biasca). Sarebbero inoltre raccomandabili una sezione psichiatrica e psico-somatica presso un ospedale generale del settore, nonché un ospedale di giorno. Per terminare, alcuni posti per pazienti psichiatrici siti in laboratori protetti sarebbero di grande utilità.

In generale, risulta evidente in questo studio che nel Cantone Ticino la psichiatria ha ben poco a disposizione per curare i suoi pazienti: soltanto a Lugano c'è un numero sufficiente di psichiatri installati. Altri strumenti però mancano. Terminando, l'autore propone alcune misure (eventualmente gestite anche da privati, nel caso in cui lo Stato preferisse non occuparsene) che potrebbero dimostrarsi utili nel campo della prevenzione primaria, della prevenzione secondaria e della prevenzione terziaria psichiatrica.

RESUMO

Ĉi tiu teksto proponas la konkludojn de multe pli ampleksa studo koncernanta la nivelon de la psikiatria kuraco en Kantono Tiĉino, kun speciala atento pri la psikiatria sektoro de Norda Tiĉino, kun proksimume 72.000 loĝantoj, en la valoj alpaĵ ĉirkaŭ Bellinzona.

Temas pri sektoro speciale malriĉa en prizorgo-ebloj el psiko-sociologia vidpunkto: tion la aŭtoro pruvis per enketo ĉe cent ĝeneralmedicinaj kuracistoj laborantaj en la regiono mem, kaj per detala ellaboro de la donitaĵoj klinikaj kaj sociologiaj troviĝantaj ĉe la bellinzona sekcio de la kantona psiko-socia servo. Tiun klinikan materialon la aŭtoro komparis kun analoga materialo afable liverita de la psiko-socia servo de Kantono Neŭŝatelo (sekcio de la urbo Neuchâtel).

Inter la konkludoj oni rimarkas ke estas bezonataj minimume tri psikiatroj instaligintaj en la regiono: unu el ili devus hejmi periferie kompare kun Bellinzona (ekz-e en Biaska). Krome estus rekomendinde havi psikiatrian kaj psiko-somatikan sekcion en ĝeneralmedicina hospitalo, kaj tago-hospitalon, agantajn en la sektoro mem. Finfine, kelkaj laborlokoj por psikiatriaĵaj pacientoj en protektitaj laborejoj estus tre utilaj.

Ĝenerale klare aperas el la teksto, ke en Kantono Tiĉino psikiatrio havas tre malmultajn rimedojn por kuraci siajn pacientojn: nur en Lugano vivas sufiĉe multaj psikiatroj kompare kun la bezono. Tamen, alispecaj iloj mankas. Studofine la aŭtoro proponas kelkajn rimedojn (eventuale kreotajn far privataj fortoj, kaze ke la Ŝtato preferos ne okupiĝi pri la problemoj) onte utilaj en la kampo de primara, sekundara kaj terciara prevento psikiatria.

RÉSUMÉ

Ce travail présente les conclusions d'une étude plus vaste concernant la situation des soins psychiatriques dans le Canton du Tessin, avec une attention particulière au Secteur psychiatrique du nord, dans les vallées alpines, autour de Bellinzone, secteur qui compte environ 72.000 personnes.

Il s'agit d'un secteur particulièrement démuné en possibilités de prise en charge socio-psychiatrique: ceci est prouvé par une enquête effectuée parmi 100 médecins qui travaillent dans le secteur mentionné, ainsi que par le dépouillement du matériel clinique qui se trouve au Service psycho-social de Bellinzone, matériel qui a été comparé à celui qui nous a été mis à disposition par le Centre psycho-social de Neuchâtel.

On remarque en particulier qu'il faudrait qu'au moins trois psychiatres puissent s'installer dans la région: l'un d'eux devrait s'installer dans la périphérie (p.ex. à Biasca). L'ouverture d'une section psychiatrique dans un hôpital somatique, ainsi que la création d'un hôpital de jour et de quelques places pour patients psychiatriques dans un atelier protégé serait souhaitable.

D'ailleurs au Tessin il n'y a que Lugano où le nombre de psychiatres installés puisse être considéré suffisant aux besoins de la population. Dans ses conclusions, l'auteur propose la mise en place de mesures (qui en principe pourraient même être promues par des privés) qui devraient montrer leur utilité dans le domaine de la prévention primaire, de la prévention secondaire et de la prévention tertiaire des maladies psychiques.

CURRICULUM VITAE

L'auteur de cette étude est né à Bellinzone (Tessin) en 1945. Il a fréquenté les écoles primaires et secondaires d'abord à Bellinzone, plus tard à Lugano, où il a obtenu la maturité classique (de type A) en 1964. Il s'est inscrit à l'Université de Zurich dans la même année, où il a fait ses études de médecine. Il s'est présenté à l'examen fédéral en 1972.

En 1972-73 il a été médecin assistant à l'Hôpital neuro-psychiatrique cantonal de Mendrisio (directeur: Dr. Elio Gobbi). En 1974 il a été assistant dans le service de médecine interne dirigé par le Dr. P. L. Crivelli à l'Hôpital italien de Lugano. De 1975 à 1978 il a été médecin assistant au Centre psycho-social neuchâtelois (directeur: Dr. Claude Cherpillod; directeur adjoint: Dr. Paul-Fredi de Quervain). Entre 1978 et 1980 il a été médecin chef-de-service à la Section psycho-sociale cantonale (directeur: Dr. Renzo Realini), au service de Bellinzone et des vallées.

A côté de la psychiatrie, il a une préparation en linguistique appliquée et en psycho-linguistique: dans ces domaines il a publié une vingtaine de textes sous forme de livres ou d'articles. Depuis 1967 il est président du Comité consultatif de la Section d'interlinguistique de la Bibliothèque de la Ville de La Chaux-de-Fonds.

En 1980 il a été élu comme secrétaire de la Société tessinoise de psychiatrie.

Un ringraziamento particolare vada a coloro che in un modo o in un altro mi hanno aiutato in questo lavoro. Penso in special modo alla signora Edith Boillat, di Neuchâtel, alla signorina Anna Pregaldini, di Santa Maria in Calanca, al signor Ado Rainoldi, di Biasca, e al signor Giorgio Silfer, di La Chaux-de-Fonds.

Adresse de l'auteur: Dr. Tazio Carlevaro, Via Villette 8a,
6503 Bellinzone.

Editions "Hans Dubois", Bellinzone, 1980

Imprimé chez "Literatura Foiro", c.p. 417, 2301 La Chaux-de-Fonds

